

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mars 2024

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu, juge et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

K._____, à Lausanne, recourant, représenté par Intégration Handicap, à Lausanne,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8, 16 LPGA, 28 LAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, titulaire d'un diplôme HES en arts décoratifs, a exercé plusieurs activités professionnelles, notamment comme livreur, vendeur et facteur. Il a travaillé auprès d'[...] comme livreur de colis du 24 novembre 2014 au 5 janvier 2015. Il a ensuite touché des prestations de l'aide sociale (revenu d'insertion). Le 22 mai 2015, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée). Il y a indiqué qu'il était atteint d'un trouble dépressif récurrent, d'un trouble anxieux et d'une modification durable de la personnalité en rapport avec un syndrome de Gilles de la Tourette existant depuis 1987.

Dans un rapport du 16 juin 2015 à l'OAI, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de maladie de Gilles de la Tourette, de rhino-conjonctivite saisonnière et d'allergie aux acariens avec possible asthme à l'effort. Il a indiqué qu'il avait établi un bon de délégation en janvier 2015 pour que son patient puisse consulter un psychiatre, mais qu'il ne connaissait ni le diagnostic ni l'indication précise pour ce traitement.

Dans un rapport de consilium psychiatrique du 21 mai 2015 adressé à la Dre I._____, psychiatre traitante de l'assuré depuis le 15 octobre 2014, la Dre Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et O._____, psychologue assistante, du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), ont posé les diagnostics de syndrome de Gilles de la Tourette, de modification de la personnalité due à ce syndrome, de type non spécifié, et de dépendance au cannabis. Elles ont exposé que le syndrome de Gilles de la Tourette était survenu durant l'enfance du patient et qu'il présentait des tics moteurs (mâchoire, langue) et vocaux (sous forme de coprolalie ayant disparu actuellement) qui entraînaient une souffrance marquée et une altération significative du fonctionnement social, professionnel et

scolaire du patient. A la suite de ce diagnostic, les spécialistes susmentionnées retenaient un diagnostic de modification de la personnalité non spécifié, l'intéressé présentant une perturbation persistante de la personnalité déviant de ce qui était socialement attendu et entraînant une souffrance ainsi qu'un dysfonctionnement dans de nombreux domaines de sa vie. Ses nombreux symptômes polymorphes faisaient partie intégrante du syndrome Gilles de la Tourette et il était relevé, à ce titre, un faible contrôle des impulsions, des bouffées d'agressivité et de colère sans proportion avec un quelconque stress psychosocial, des moments d'apathie marqués, de la méfiance et une idéation persécutoire. Des tests psychologiques avaient été effectués et on pouvait en conclure que le patient présentait une structure psychotique franche avec la présence de bizarreries et de troubles de la représentation, des angoisses sous-jacentes de morcellement et un vécu persécutoire. Sur le plan défensif, il y avait des défenses maniformes et des défenses d'allure état-limite. Etaient également présentes des séquelles d'un trouble organique, à savoir une certaine désinhibition, une perplexité et des troubles de la mémoire. Du point de vue du traitement, une psychothérapie sur le long cours était indiquée. Elles estimaient qu'au plan professionnel, des démarches de réinsertion pouvaient être entreprises.

Par rapport du 20 août 2015 à l'OAI, le Dr S._____, nouveau psychiatre traitant de l'assuré depuis le 1^{er} avril 2015, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome de Gilles de la Tourette (F95.2) existant depuis l'enfance et de modification de la personnalité due à ce syndrome, type non spécifié (F62), depuis l'âge adulte. Au titre de l'anamnèse, le Dr S._____ a notamment exposé que l'assuré avait consulté le cabinet de consultation systémique de [...], à Lausanne, en octobre 2014, en raison d'une phobie sociale dont il souffrait depuis plusieurs années et qu'il demandait une investigation psychiatrique à la recherche d'un lien entre le syndrome Gilles de la Tourette et de possibles séquelles neuropsychologiques à l'origine de ses difficultés actuelles. Au plan médical, le Dr S._____ constatait que l'assuré ne présentait aucun trouble flagrant de la mémoire, qu'il se plaignait de

lacunes concernant plutôt la mémoire récente et de quelques difficultés de concentration liées à des situations de stress. Son discours était clair et informatif et aucun trouble formel de la pensée n'était présent. Le patient se plaignait d'angoisses fréquentes, surtout dans des moments de solitude ou lorsqu'il se trouvait dans des situations où il se sentait inconfortable. Il ressentait une anxiété que le médecin constatait également, des sentiments de dévalorisation, une perte de confiance en lui-même et une appréhension face à son avenir. Il y avait aussi un sentiment de persécution lorsqu'il ne se trouvait pas dans un entourage sécurisant. Le sommeil était perturbé en lien avec des ruminations anxieuses. Le patient avait des tics moteurs de la bouche et de la mâchoire. Il ne présentait pas d'idées suicidaires ni de symptomatologie floride de la lignée psychotique et son appétit était normal. La poursuite de la psychothérapie était indiquée. Comme restrictions sur l'activité professionnelle, le médecin indiquait la présence d'angoisses, une anxiété majeure, une mauvaise gestion du stress, des difficultés de concentration, une fatigabilité et une perte d'énergie. Le médecin a indiqué que la capacité de travail de l'intéressé était de 50 % dans son activité habituelle dès le 1^{er} octobre 2015. Il a également précisé qu'une augmentation progressive d'une activité adaptée jusqu'à 100 % était possible.

Il ressort d'un entretien téléphonique du 19 octobre 2015 entre l'OAI et l'assuré que ce dernier avait commencé une mesure de réinsertion professionnelle organisée par l'office régional de placement. Lors d'un entretien téléphonique avec l'organisatrice de cette mesure, celle-ci a indiqué à l'OAI que l'assuré avait repris son travail de coursier chez [...] à 100 %, dans le cadre d'un contrat de durée indéterminée et que la mesure professionnelle avait donc pris fin.

Dans un rapport à l'OAI du 15 mars 2016, le Dr S. _____ a indiqué que son patient avait pu tenir jusqu'à présent dans son activité professionnelle à 100 % auprès d'[...] qu'il avait débutée le 3 décembre 2015. Il parvenait à gérer la fatigue, le stress, à accomplir ses tâches et à tenir le rythme de travail. Ses capacités d'organisation, de concentration et d'adaptation aux changements s'amélioraient. S'agissant des

limitations fonctionnelles, le médecin relevait qu'il restait une certaine fragilité au stress que le patient semblait gérer de façon adéquate, mais qu'une rechute était envisageable. A la demande de l'OAI, le médecin a précisé par courrier du 7 avril 2016 qu'il avait attesté une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} août au 30 novembre 2015.

Par décision du 23 mai 2016, confirmant un projet de décision du 12 avril précédent, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles) au motif qu'il n'avait pas présenté d'incapacité de travail et de gain d'au moins 40 % en moyenne durant une année et qu'il avait repris son activité habituelle de chauffeur à 100 % le 3 décembre 2015.

B. Le 9 janvier 2020, K. _____ a complété un formulaire de détection précoce à l'intention de l'OAI dans lequel il a indiqué travailler comme livreur auprès de C. _____ à un taux d'activité de 35 % depuis le mois de novembre 2017 et qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 25 novembre 2019. Cette incapacité de travail était attestée, pour la période du 26 novembre 2019 au 30 avril 2020, par certificats médicaux successifs de ses médecins traitants (certificat médical du Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale, pour la période du 26 novembre au 8 décembre 2019, puis certificats médicaux de la Dre W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin auprès du Centre de psychiatrie et de psychothérapie [...] à [...], pour la période du 9 décembre 2019 au 30 avril 2020).

A la demande de l'OAI, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 9 mars 2020 dans laquelle il a indiqué qu'il était toujours en incapacité de travail à 100 %. Il a précisé avoir perçu des indemnités de chômage d'octobre 2017 à août 2019. Il a rappelé qu'il avait un syndrome de Gilles de la Tourette depuis l'enfance, des troubles dépressifs récurrents (F33) et un trouble schizotypique (F21).

Le contrat de travail de durée déterminée entre C. _____ et l'assuré est arrivé à son terme le 31 mai 2020.

Dans un rapport médical du 30 juin 2020 à l'OAI, la Dre W._____ et [...], psychologue, ont relevé qu'elles suivaient l'assuré depuis le 31 janvier 2019 et précisé qu'il était en incapacité totale de travailler dans son activité habituelle depuis le 9 décembre 2019. Elles ont posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de trouble schizotypique (F21), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), existant depuis le début de l'âge adulte, et de syndrome de Gilles de la Tourette (F95.2), présent depuis l'enfance. Elles ont indiqué que, dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré, sa capacité de travail se situait entre 40 et 50 %. Elles ont ajouté que le pronostic de réadaptation était favorable, pour autant qu'il travaille à taux partiel et dans un contexte professionnel adapté. S'agissant des antécédents médicaux du patient, elles ont indiqué qu'il avait subi des traumatismes précoces, à savoir un abandon et de la maltraitance probable avec suspicion de trauma crânien durant les premières semaines de sa vie. Le syndrome de Gilles de la Tourette, présent depuis que l'intéressé avait l'âge de 10 ans, était stabilisé, mais il avait encore des tics moteurs à la mâchoire et à la langue survenant à de nombreuses reprises au cours de la journée, particulièrement en situation de stress. Les tics vocaux avaient disparu à l'heure actuelle. S'agissant de l'évolution de la situation médicale, les spécialistes ont relevé que, depuis le début de l'âge adulte, l'assuré présentait également une symptomatologie anxio-dépressive, avec une humeur fluctuante principalement au plan dépressif, avec des troubles de la concentration, des difficultés à s'organiser, à prendre des décisions et des initiatives, une perte de l'envie pour la plupart des activités du quotidien et des sentiments de dévalorisation excessive, de culpabilité et de fatalité pouvant s'accompagner d'idées suicidaires scénarisées. Le patient rapportait également des moments d'irritabilité où il pouvait se montrer agressif verbalement envers autrui. Il avait aussi des troubles du sommeil fluctuants sous formes d'insomnies liées à des ruminations anxieuses et parfois des troubles de l'appétit sous forme d'inappétence avec perte pondérale. Il se plaignait également de symptômes anxieux diffus avec parfois des symptômes neurovégétatifs. S'agissant de la situation actuelle, la symptomatologie anxio-dépressive

persistait avec une humeur déprimée, de la tristesse, un sentiment de désespoir, des ruminations anxieuses et des idées suicidaires fluctuantes, scénarisées. Les spécialistes relevaient que les traitements en cours avaient permis d'améliorer et de stabiliser ces symptômes avec de plus longues périodes sans péjoration de ceux-ci et la disparition des idées suicidaires scénarisées. Parallèlement, l'amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive avait permis de mettre en évidence des symptômes relevant d'un trouble schizotypique, avec d'importantes difficultés de communication, de gestion et de compréhension des situations relationnelles et sociales (sentiment de décalage depuis l'enfance, peu d'intérêt pour les relations sociales, tendance au retrait social, méfiance, idéations persécutoires, ruminations obsessionnelles). Le patient rapportait également des perceptions inhabituelles visuelles et auditives et des croyances mystiques. Au plan socio-professionnel, les spécialistes relevaient une importante instabilité liée aux troubles chroniques du patient, qui avait entraîné de nombreux changements de poste, une incapacité à maintenir une activité régulière stable dans le temps en raison de périodes transitoires de décompensation et de nombreuses périodes de chômage et d'aide sociale. La médication actuelle consistait en de l'Abilify (un neuroleptique) et du Temesta (en cas d'angoisses). Sous l'angle des constats médicaux, les spécialistes ont relevé que la thymie de l'assuré était fluctuante bien que souvent abaissée, que l'anxiété était manifeste avec une agitation psychomotrice et que les tics moteurs étaient observés. Le discours était globalement cohérent et informatif bien que vague et marqué par des difficultés de mémoire, le patient ayant du mal à se souvenir d'évènements de sa vie et à dater les évènements. Le contenu de la pensée était teinté de croyances mystiques et d'idéations persécutoires récurrentes (importante méfiance, se sent observé, prête des intentions malveillantes aux autres). Il y avait également des moments de perplexité et de confusion où le discours était difficile à suivre. Par ailleurs, le patient avait des perceptions inhabituelles (auditives et visuelles). Une évaluation psychologique réalisée le 8 juillet 2019 par un psychologue concluait à une structure psychotique avec des angoisses persécutoires et de morcellement au premier plan. Une évaluation neuropsychologique avait également été réalisée le 18 juin

2018 qui avait mis en évidence un niveau intellectuel à la limite supérieure de la norme, des fonctions exécutives efficaces, d'excellentes performances attentionnelles, de bonnes capacités mnésiques et de vitesse de traitement de l'information. Les spécialistes ont encore indiqué que l'intéressé s'était retrouvé en incapacité de travailler dès le mois de décembre 2019 en raison d'une péjoration de sa symptomatologie anxio-dépressive et de difficultés relationnelles sur son lieu de travail tant avec ses collègues qu'avec les clients. Les limitations étaient en rapport avec les périodes de péjoration de la symptomatologie anxio-dépressive et liées au trouble schizotypique.

Dans un nouveau rapport à l'OAI du 16 décembre 2020, la Dre W._____ et la psychologue M._____ ont indiqué que l'évolution de l'état psychique de leur patient était fluctuante mais lentement progressive. Les symptômes liés au trouble schizotypique (sentiment de persécution, tendance au retrait social, ruminations anxieuses) persistaient et étaient exacerbés lors des contacts interpersonnels, bien qu'améliorés par le traitement antipsychotique. Parallèlement, la symptomatologie anxio-dépressive avait diminué, le patient rapportant toujours des moments de désespoir avec une humeur déprimée et des idées noires fluctuantes, mais de manière ponctuelle et plus espacée. Les spécialistes ont exposé que sa capacité de travail dans son activité habituelle était toujours nulle depuis le 19 décembre 2019, tout en précisant qu'elle semblait déjà amoindrie antérieurement par les troubles chroniques du patient, son parcours socio-professionnel étant marqué depuis de nombreuses années par une importante instabilité, de nombreux changements de poste, une incapacité à maintenir une activité de manière stable dans le temps en raison de périodes de décompensation et de nombreuses périodes lors desquelles il avait perçu des indemnités de chômage ou bénéficié de l'aide sociale. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré et dans le cadre d'une reprise progressive d'une activité se situait entre 40 et 50 %.

Dans un rapport du 12 mai 2021, le Dr V._____, médecin praticien et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que l'instruction devait être poursuivie pour connaître l'évolution de la situation.

A la demande de l'OAI, E._____, l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'assuré (ci-après : AXA), a produit le dossier médical actualisé de ce dernier. E._____ indiquait à l'OAI qu'au vu de la position de son médecin-conseil, elle n'allait pas investiguer davantage et verserait ses prestations maximales à l'assuré, à savoir jusqu'en janvier 2022. Les rapports médicaux suivants figurent au dossier de l'assureur perte de gain :

- Un rapport du 8 avril 2021 de la Dre X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et de la psychologue M._____, du Centre de psychiatrie et de psychothérapie [...], indiquant au médecin-conseil d'E._____ que l'évolution de l'état psychique du patient était fluctuante mais lentement progressive, les symptômes liés au trouble schizotypique persistant et étant exacerbés lors de contacts interpersonnels. La symptomatologie anxio-dépressive s'était partiellement améliorée, des moments de désespoir avec une humeur déprimée et des idées noires fluctuantes persistant, mais de manière plus espacée qu'auparavant. La thérapie consistait en des traitements combinés psychiatrique et psychothérapeutique et les thérapeutes en recommandaient la poursuite. Elles ajoutaient que le pronostic était incertain mais qu'une amélioration progressive pouvait avoir lieu, qui pourrait cependant être péjorée par une reprise trop précoce du travail et un environnement de travail non adapté aux atteintes à la santé du patient. Elles précisaient que l'incapacité de travail était liée aux troubles dont souffrait le patient et non au poste de travail. La capacité de travail était toujours de 0 % dans l'activité habituelle et de 40 à 50 % dans une activité adaptée.

- Un rapport du 11 mai 2021 du Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin-conseil d'E._____, relevant que la situation médicale de l'assuré montrait des antécédents dès l'enfance, avec une instabilité socio-professionnelle vraisemblablement en lien avec ses atteintes psychiatriques. L'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle et l'évolution de la capacité de travail était incertaine. Le médecin-conseil estimait que l'incapacité de travail de l'assuré était justifiée jusqu'au 31 octobre 2021 car la situation psychiatrique était sérieuse avec une atteinte du registre de la psychose et des antécédents révélateurs d'un faible potentiel de ressources. Il estimait qu'une réadaptation pouvait être possible avec le soutien de l'assurance-invalidité, mais qu'une instabilité professionnelle était néanmoins prévisible.

En réponse à un questionnaire établi par le Dr V._____ du SMR, la Dre X._____ et la psychologue M._____ ont répété, dans un rapport du 1^{er} juillet 2021, que les diagnostics pour lesquels elles suivaient le patient étaient un trouble schizotypique (F21) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et que la capacité de travail en raison de ces troubles était de 0 % dans l'activité habituelle depuis le mois de décembre 2019, estimant que la capacité de travail était de 30 à 40 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient liées aux symptômes des troubles psychiques de l'assuré. L'évolution de l'état psychique demeurait fluctuante, les symptômes liés au trouble schizotypique persistaient toujours et la symptomatologie anxio-dépressive étaient toujours partiellement améliorée. A la question de savoir pourquoi l'assuré ne prenait pas d'antidépresseur, les spécialistes ont répondu que l'assuré avait déjà pris des antidépresseurs par le passé, mais sans résultats significatifs. Elles ont ajouté qu'il leur avait semblé nécessaire de traiter dans un premier temps les symptômes prédominants du trouble schizotypique, lequel impactait significativement le fonctionnement global du patient et de stabiliser la thymie, raison pour laquelle un traitement par Abilify avait été introduit. A la question de savoir quelle était une journée-type du patient, les thérapeutes de l'assuré

indiquaient qu'une telle journée s'organisait principalement autour de temps de repos alternant avec des activités ritualisées ayant pour but de structurer le quotidien. Il se levait généralement autour de 7h00 et se recouchait autour de 9h00. Après le second réveil et durant le reste de la matinée, il entreprenait des activités ritualisées quotidiennes. Il en allait de même après la sieste systématique qu'il faisait l'après-midi. Ces activités consistaient en des lectures, de la programmation, du design, des visites à ses parents qui vivaient dans la même maison que lui et des répétitions hebdomadaires avec un groupe de musique, lesquelles constituaient l'essentiel de ses contacts sociaux en dehors de sa famille. S'agissant des répercussions de l'atteinte à la santé dans les domaines courants de la vie, les thérapeutes indiquaient que les troubles dont souffrait l'assuré impactaient significativement tous les domaines de sa vie quotidienne et son fonctionnement global. Il avait de la peine à initier et à être régulier dans l'exécution des tâches ménagères. Les loisirs avaient surtout une fonction de rituel et de structuration des journées. Ils pouvaient être source d'anxiété et exacerber le sentiment de persécution lorsqu'ils impliquaient des contacts interpersonnels. Les spécialistes ont encore indiqué que la compliance au traitement médicamenteux était fluctuante, en raison d'effets secondaires (impatience et résurgences du syndrome de Gilles de la Tourette) et de difficultés liées aux troubles du patient. Le traitement par Abilify qui était initialement de 5 mg/jour avait pu être progressivement augmenté à 10 mg et faisait l'objet d'une évaluation régulière.

A la suite d'un avis du SMR du 6 août 2021, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a vu l'assuré à deux reprises, soit les 21 octobre et 4 novembre 2021, et s'est adjoint les services de Mme [...], psychologue. Dans leur rapport d'expertise du 22 novembre 2021, les experts ont retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité schizotypique et évitante (CIM-10 ; F61.0), actuellement partiellement décompensé depuis novembre 2019. Les experts ont précisé qu'il s'agissait d'un trouble grave de la personnalité car il avait empêché l'assuré de se former à hauteur de ses

capacités intellectuelles et de s'insérer professionnellement de manière durable. Ils ont également retenu une dépendance au cannabis avec utilisation continue (F12.25), ayant un effet sur la capacité de travail, précisant que ce trouble n'avait pas d'impact sur le quotidien mais empêchait la conduite professionnelle. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont retenu la présence d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). Les experts ont indiqué que l'assuré ne pouvait plus travailler dans l'activité qu'il avait exercée en dernier lieu, mais que dans une activité adaptée correspondant à ses aptitudes, il pouvait travailler à 100 % sans baisse de rendement. S'agissant de l'activité adaptée, les experts ont exposé que celle-ci devait tenir compte des ressources démontrées dans une journée-type de l'assuré et de ses capacités intellectuelles au-dessus de la moyenne, sans conduite automobile professionnelle vu la dépendance au cannabis, sans relation sociale complexe ou potentiellement stressante (pas de hiérarchie complexe, pas de responsabilité par rapport à d'autres personnes) et sans confrontation à une consommation potentielle de substances. Selon l'expert, la capacité de travail avait toujours été de 100 % dans une activité adaptée.

Au titre de l'anamnèse, les experts ont exposé ce qui suit :

Au niveau personnel, l'assuré présente une maladie de Gilles de la Tourette depuis l'enfance, mais ceci ne l'a pas empêché de travailler jusqu'à présent. Son état aurait commencé à se dégrader depuis l'âge de 19 ans, nécessitant un suivi psychothérapeutique car il a présenté des angoisses de dépersonnalisation fluctuantes, parfois avec des idées de persécution et des pensées suicidaires dans le contexte d'une dépendance au cannabis ayant fluctué à travers les années. Actuellement, l'assuré décrit une aggravation depuis novembre 2019 avec des angoisses de dépersonnalisation, un vécu de persécution, une augmentation des prises quotidiennes de cannabis, sans changement en dehors d'une disparition d'un état dépressif passager après prise d'un traitement antidépresseur qui a pu être arrêté sans difficultés. L'assuré arrive à gérer son quotidien en partageant les tâches avec sa femme et il s'occupe de son administratif mais il est ambivalent pour une réadaptation professionnelle ou pour une rente après une longue pause professionnelle.

A la question de savoir quelle était le déroulement détaillé et représentatif d'une journée-type, les experts ont exposé que l'assuré se réveillait à 5h00 pour amener sa femme au travail en voiture, puis rentrait et se rendormait jusqu'à 9h00-10h00. Pendant la journée, il s'occupait de

modélisation 3D, de céramique et faisait de la lecture jusqu'au repas de midi quand il faisait une sieste et reprenait ses activités ménagères, faisait des courses et l'administratif sans difficultés. Vers 15h00 ou plus tard, il retournait chercher sa femme en voiture. Il passait de bons moments avec ses amis une à deux fois par mois et il se promenait. Le soir, il écoutait de la musique, regardait des vidéos sur la modélisation 3D et sur la céramique, alors que durant la journée, il pratiquait parfois du vélo et du tennis ; il partait en vacances lorsqu'il en avait l'occasion. Les experts relevaient un isolement social partiel mais pas total depuis novembre 2019, notaient qu'il s'occupait de l'administratif seul et s'occupait du ménage en partageant les tâches avec sa femme, sans limitations.

Les experts ont par ailleurs relevé ce qui suit :

Nous ne retenons pas d'incohérences chez un assuré authentique qui décrit sa journée type sans exagération consciente des plaintes et qui explique ne plus pouvoir travailler dans son dernier emploi de livraison en lien avec les troubles de la concentration avec dépersonnalisation suite à une augmentation de ses consommations de cannabis, alors qu'il ne décrit pas de limitations dans le quotidien.

Nous retenons des avantages secondaires chez un assuré authentique qui décrit spontanément une démotivation à reprendre un emploi après une pause professionnelle, dans le contexte où il a besoin de plus de temps pour récupérer après les abus du cannabis.

Nous retenons des discordances entre les rapports des psychiatres traitants qui retiennent des troubles schizotypiques alors que l'assuré ne présente pas de délire structuré, ni hallucinations et il a pu travailler sans difficultés dans le passé avant que son trouble de la personnalité de type schizotypique (ce qui n'est pas la même chose selon la CIM-10) s'aggrave partiellement suite à une augmentation des abus de cannabis quotidiens, ce qui rend certes la conduite professionnelle impossible, mais ne limite pas un travail adapté. Dans ce contexte, nous ne retenons pas de discordance entre une capacité de travail nulle dans le dernier emploi selon le psychiatre traitant et notre examen clinique et l'ensemble du dossier asséurologique.

Nous retenons des discordances entre une capacité de travail nulle ou inférieure à 50 % dans une activité adaptée et les activités possibles durant une journée-type chez un assuré qui gère son quotidien sans limitations, partage les courses, le ménage et la préparation des repas avec sa femme, réalise seul l'administratif, conduit la voiture sans difficultés, passe des bons moments au quotidien avec sa femme et parfois avec des membres de sa famille, des amis malgré un isolement social partiel mais pas total, fait des promenades avec sa femme et sa mère, parfois seul, fait de la modélisation 3D, de la lecture, écoute de la musique, regarde des vidéos sur la modélisation 3D et la céramique, pratique du vélo et du tennis et part en vacances quand il en a l'occasion.

De plus, il ne bénéficie pas d'un changement du traitement antipsychotique qui est pris avec une compliance fluctuante et se trouve à des taux sanguins n'ayant pas prouvé une efficacité supérieure au placebo, sans hospitalisation en psychiatrie et sans décompensation de la personnalité.

Malgré le trouble de la personnalité existant depuis le début de l'âge adulte, l'assuré a pu travailler sans limitations dans le passé ce qui prouve qu'il n'est pas incapacitant en soi.

Les experts ont encore relevé qu'au moment de l'expertise, et ce depuis le début de l'âge adulte, il y avait des « limitations fonctionnelles psychiatriques significatives cliniquement et objectivables, dans le sens d'un trouble grave de la personnalité avec des relations interpersonnelles perturbées d'une façon significative, sans ralentissement psychomoteur, d'un isolement social partiel mais significatif, d'une hypersensibilité au stress, d'une fragilité émotionnelle et de difficultés relationnelles importantes, avec des décompensations partielles depuis novembre 2019 avec des angoisses de type psychotique avec dépersonnalisation, de pseudo-hallucinations auditives et idées de persécution sans délire structuré et des idées de références sans impact sur le quotidien ».

S'agissant de l'évolution du trouble de la personnalité, ils ont indiqué qu'elle était stationnaire depuis novembre 2019, dans le sens d'une décompensation partielle mais pas totale. Ils ont ajouté que le traitement psychothérapeutique avait été positif car il avait permis « une stabilisation des troubles sans guérison chez un assuré qui garde de bonnes ressources personnelles car il gère son quotidien sans difficultés significatives et arrive à avoir quelques liens sociaux et amicaux ». Ils ont encore précisé qu'il n'y avait pas d'exigibilité asséculologique pour un traitement antipsychotique quotidien en dehors d'une décompensation psychotique et qu'un sevrage au cannabis pouvait augmenter les chances de réinsertion professionnelle en diminuant le déconditionnement mais qu'il n'était pas exigible vu la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 16 février 2022, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il comptait lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, compte tenu d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et d'un degré

d'invalidité nul. Dans une communication du même jour, l'OAI lui a fait savoir qu'il avait le droit à une aide au placement.

L'assuré a fait valoir des observations au projet de décision susmentionné par courrier du 7 mars 2022. Il a exposé qu'il ne se sentait pas capable de travailler à 100 %, ajoutant que depuis 25 ans, il avait des expériences professionnelles qui finissaient mal, soit en arrêt maladie soit en abandon de poste, et qu'il avait toujours tenté de travailler mais sans succès durable. Il a encore expliqué que lorsqu'il travaillait, interagir avec des personnes, même en petit groupe lui causait beaucoup de difficultés en raison de son trouble schizotypique, précisant qu'il avait des paranoïas, se sentant constamment observé comme si les autres attendaient qu'il fasse quelque chose de faux pour le lui reprocher. Ainsi, il ne se sentait jamais vraiment à l'aise, ce qui lui causait des phases de dépression récurrente et des pensées suicidaires. Il a aussi exposé qu'un de ses autres problèmes était qu'en situation de stress, il perdait sa capacité à réagir et à se défendre ; il avait notamment eu plusieurs accidents de la route en raison du stress. Il a encore expliqué que le monde du travail lui faisait peur et lui avait fait perdre confiance en lui et qu'une rente, même partielle, pouvait l'aider à retrouver de la confiance. Il a enfin ajouté qu'il n'était pas facile pour lui de faire des démarches auprès de l'assurance-invalidité mais que ses limitations étaient vraiment un frein dans son quotidien.

Dans un rapport médical du 29 mars 2022 à l'OAI, les Drs D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], médecins au Centre médical [...], ont indiqué que l'assuré avait un trouble schizotypique (F21) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ainsi qu'un syndrome de Gilles de la Tourette (F95.2) actuellement stabilisé malgré la persistance de tics. Il était précisé que le patient bénéficiait à l'heure actuelle d'un traitement psychothérapeutique et psychiatrique avec des entretiens tous les quinze jours, d'un traitement par Abilify (10 mg/jour) et qu'il avait du Temesta en réserve. Sous l'angle des limitations fonctionnelles, ces médecins ont exposé que l'assuré présentait des symptômes schizotypiques envahissants ne lui permettant

pas de répondre aux exigences d'une activité professionnelle, même dans une activité adaptée tel un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger ou dans le domaine administratif. Les médecins relevaient une interprétativité avec de la méfiance, une sensibilité interpersonnelle et une difficulté à gérer ses émotions, notamment l'anxiété. Le retrait social, la perte de l'élan vital, le ralentissement idéo-moteur, la fatigabilité, l'anhédonie, les troubles du sommeil, de l'attention et de la concentration, le risque auto-agressif important, les difficultés à s'organiser, et les difficultés d'autonomisation en lien avec les diagnostics étaient autant de restrictions à la poursuite de toute activité. Ils ont enfin mentionné que l'évolution restait très défavorable sur le plan psychiatrique.

Par avis médical SMR du 11 mai 2022, le Dr V._____ a indiqué que le rapport médical des Drs D._____ et [...] n'apportaient pas d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte dans l'expertise du Dr P._____ et de la psychologue [...].

Par décision du 31 mai 2022, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, pour les mêmes motifs que ceux mentionnés dans son projet du 16 février 2022.

C. Par acte du 1^{er} juillet 2022, K._____, par l'intermédiaire de Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, recourt contre cette décision en concluant, à titre liminaire, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique, à titre principal, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision et, à titre subsidiaire, à l'octroi d'une rente d'invalidité dont le degré sera déterminé à dire de justice, le tout sous suite de frais et dépens. Le recourant est d'avis que l'expertise est lacunaire car l'expert n'explique pas pourquoi il considère qu'il peut travailler dans l'économie libre alors qu'il ne doit pas être confronté au stress. Il relève également que même s'il a, par le passé, travaillé sur le premier marché de l'emploi, les activités déployées l'ont été pendant de courtes périodes non pas en raison de la conclusion de contrats de durée déterminée, mais en raison de démissions ou d'abandons de poste. Il est d'avis qu'il ne peut manifestement pas

conserver une activité lucrative sur une longue durée. Il reproche ainsi à l'expert de n'avoir pas tenu compte du contexte chaotique des divers emplois qu'il a effectués, lequel est, selon lui, manifestement lié à son état de santé, au lieu de conclure à une capacité de travail totale en raison de ses efforts à se maintenir dans une activité afin d'éviter de requérir des prestations sociales. Il relève encore que même s'il peut gérer ses affaires administratives, il le fait sans hiérarchie et sans stress social et que les travaux ménagers sont partagés avec son épouse. A son sens, ces éléments parlent en faveur d'une impossibilité de travailler de manière durable sur le premier marché du travail, référence étant faite à cet égard au rapport du 29 mars 2022 du Dr D._____. Le recourant estime qu'une mesure d'observation professionnelle doit être mise sur pied afin d'examiner si le marché premier de l'emploi lui est ouvert, au vu de ses limitations fonctionnelles. Il conteste finalement la fixation de son revenu sans invalidité.

Dans sa réponse du 1^{er} septembre 2022, l'OAI conclut au rejet du recours, considérant en particulier que l'expertise du Dr P._____ et de la psychologue [...] est probante et que leurs conclusions doivent donc être suivies.

Par réplique du 12 octobre 2022, K._____ maintient ses conclusions, en particulier celle tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique. Il produit une lettre du 3 octobre 2022 du Dr [...] adressée à son conseil, dans lequel le médecin expose que tous les éléments cliniques pertinents figurent dans le rapport médical du 29 mars 2022.

Par duplique du 31 octobre 2022, l'OAI confirme son point de vue.

Le 24 juillet 2023, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique, laquelle a été confiée au Dr N._____. Celui-ci a vu l'assuré lors de trois entretiens les 29 septembre, 17 octobre et 17 novembre 2023 et a rendu son rapport le 6

décembre 2023. Il a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail suivants : trouble mixte de la personnalité avec des traits de personnalité paranoïaque et évitante selon la CIM-10 (F61.0) ou trouble grave de la personnalité caractérisé par le détachement et l'affectivité négative selon le DSM-5, ou encore trouble sévère de la personnalité avec affectivité négative et détachement selon la CIM-11 ; phobie sociale selon la CIM-10 (F40.1), ou anxiété sociale selon la DSM-5 (300.23) ou encore trouble d'anxiété sociale selon la CIM-11 (6B04) ; trouble obsessionnel compulsif avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan selon la CIM-10 (F42.0), trouble obsessionnel compulsif selon le DSM-5 (300.3) ou trouble obsessionnel compulsif avec insight faible à absent selon la CIM-11(6B20.1). Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a retenu des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue selon la CIM-10 (F12.25) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue toujours selon la CIM-10 (F17.25). Il a estimé que le syndrome de Gilles de la Tourette ne pouvait pas être retenu, ni le trouble dépressif récurrent, ni la modification durable de la personnalité due à un syndrome de Gilles de la Tourette. L'expert N._____ a également exclu la présence d'un trouble schizotypique ainsi que d'une personnalité schizotypique. Il a estimé que l'assuré avait une incapacité totale de travail dans toute activité, à long terme, en raison de ses troubles psychiques, depuis le mois de novembre 2019. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : limitations modérées dans la planification et la structuration des tâches, dans la flexibilité et l'adaptabilité et dans la capacité aux relations privilégiées à deux ; des limitations importantes dans la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, dans les activités spontanées et la proactivité, dans la capacité d'endurance et de résistance, dans l'affirmation de soi, dans la capacité de contact et de conversation avec des tiers et dans la capacité d'intégration dans un groupe. L'expert a précisé que les troubles psychiatriques de l'assuré représentaient un handicap majeur dans le cadre d'une activité professionnelle et limitaient toute capacité de travail dans le premier marché économique.

Dans ses déterminations sur l'expertise, l'OAI renvoie à l'avis SMR du 14 décembre 2023, rédigé par le Dr V._____, qu'il produit. Selon le Dr V._____, il n'y a aucune raison médicale de s'écarter des conclusions motivées de l'expertise judiciaire.

Par déterminations du 17 janvier 2024, le recourant modifie ses conclusions en ce sens qu'il a le droit à une rente d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2020, sous suite de frais et dépens.

E n d r o i t :

1. Déposé en temps utile (cf. art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]), auprès du tribunal compétent, et respectant au surplus les conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable à la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier le droit à une rente d'invalidité.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). En matière de droit transitoire, selon un principe général, le droit applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 138 V 176

consid. 7.1). Les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent par conséquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022, étant rappelé que, d'après 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 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. En revanche, si la décision concernant un premier octroi de rente, porte sur un droit qui a pris naissance avant le 1^{er} janvier 2022 et est rendue après le 1^{er} janvier 2022, ce sont les dispositions de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) et du RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 qui s'appliquent (cf. ch. 9100 et 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022 ; ch. 1007 à 1009 de la Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rente linéaire [Circ. DT DC AI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 31 mai 2022, fait suite à une demande de prestations déposée au mois de janvier 2020 en raison d'une incapacité de travail survenue au mois de novembre 2019. Un éventuel droit à une rente prendrait naissance avant le 1^{er} janvier 2022 - au terme du délai de carence d'une année - de sorte que les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables.

4. 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 % 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) 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).

Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

d) 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).

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

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de

comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

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

5. En l'occurrence, il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise psychiatrique du 22 novembre 2021 réalisée par le Dr P._____ et la psychologue [...]

a) Au plan diagnostique, les experts P._____ et [...] ont notamment retenu un trouble mixte de la personnalité schizotypique et évitante (CIM-10 ; F61.0). Or une telle dénomination diagnostique n'existe pas dans la CIM-10. En effet, dans le chapitre des troubles de la personnalité de la CIM-10, est référencée la personnalité schizoïde (F60.1) et, dans le chapitre 2 de la CIM-10, le trouble schizotypique (F21), qui est en l'occurrence retenu par les psychiatres traitants. On ne peut donc considérer que les experts ont posé leur diagnostic dans les règles de l'art, ce qui jette d'emblée un doute sur la fiabilité de leurs conclusions.

S'agissant de la capacité de travail de l'intéressé, les experts l'ont fixée à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. A l'appui de leur évaluation, ils ont notamment exposé que « malgré le trouble de la personnalité existant depuis le début de l'âge adulte, l'assuré a pu travailler sans limitations dans le passé, ce qui prouve qu'il n'est pas incapacitant en soi » (p. 26 de l'expertise). Or une telle affirmation est contredite par les psychiatres traitants et les déclarations de l'assuré. Dans leur rapport du 30 juin 2020 à l'OAI, la Dre W._____ et la psychologue M._____ ont retenu que ce dernier avait une capacité de travail limitée même dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (de 40 à 50 %), en expliquant que son importante instabilité psychique avait entraîné de nombreux changements de poste et une incapacité à maintenir une activité régulière dans le temps. Le recourant a quant à lui exposé, dans ses observations au projet de décision du 7 mars 2022, que ses activités professionnelles s'étaient toujours mal finies soit car il avait abandonné son poste, soit car il s'était retrouvé en arrêt maladie, ajoutant qu'il avait toujours tenté de travailler mais sans succès durable. Les experts P._____ et [...] n'ont quant à eux aucunement questionné l'intéressé sur les raisons de ses nombreux changements de postes, ni sur les motifs pour lesquels il avait travaillé le plus souvent à temps partiel. Ils n'ont pas non plus nié de manière

convaincante que cette instabilité professionnelle était liée à son état de santé.

Par ailleurs, l'appréciation de la capacité de travail au moyen des indicateurs jurisprudentiels déterminants à laquelle ont procédé les experts est peu convaincante. En effet, sous l'angle du critère de gravité fonctionnel, les experts ont retenu que le trouble de la personnalité était grave et entraînait des limitations fonctionnelles significatives, à savoir des relations interpersonnelles perturbées de façon importante, un isolement social partiel mais significatif, une hypersensibilité au stress, une fragilité émotionnelle et des difficultés relationnelles importantes, avec des décompensations partielles depuis novembre 2019 entraînant des angoisses de type psychotique avec dépersonnalisation, des pseudo-hallucinations auditives, des idées de persécution sans délire structuré et des idées de références (expertise, p. 42). Ils ont néanmoins fixé la capacité de travail de l'assuré à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, essentiellement sur la base de la description de sa journée-type (les experts exposant à cet égard que l'assuré gérait le ménage avec l'aide de son épouse, conduisait sa voiture, s'occupait de l'administratif et avait des loisirs) et sur le fait qu'il tirerait un certain bénéfice secondaire de la maladie. A cet égard, les experts ont relevé que l'assuré décrivait spontanément une démotivation à reprendre un emploi après une pause professionnelle dans un contexte où il avait besoin de plus de temps pour récupérer après les abus du cannabis. Or, vu la gravité de l'atteinte psychiatrique décrite par les experts, il apparaît peu plausible qu'une pleine capacité de travail soit raisonnablement exigible de la part du recourant, même s'il conserve une certaine autonomie dans sa vie quotidienne. Quant à la dépendance au cannabis, les conclusions des experts à cet égard apparaissent contradictoires, dès lors qu'ils retiennent, d'une part, que celle-ci n'a pas d'influence sur la capacité de travail de l'intéressé hormis qu'elle empêche la conduite professionnelle, ni d'impact sur son quotidien (p. 41 de l'expertise), tout en relevant, d'autre part, qu'il a besoin de plus de temps pour récupérer après les abus du cannabis (p. 44 de l'expertise) et que son trouble de la personnalité

s'est aggravé à la suite de l'augmentation de la consommation de cette substance (p. 44 de l'expertise).

Vu les éléments qui précèdent, l'expertise réalisée par les Dr P._____ et la psychologue [...] ne remplit pas les critères jurisprudentiels permettant de lui accorder une pleine valeur probante.

b) Quant aux rapports des psychiatres traitants (rapports des 30 juin et 16 décembre 2020 de la Dre W._____ et de Mme [...], du 8 avril 2021 de la Dre X._____ et de Mme [...], et du 29 mars 2022 des Dr D._____ et [...] tous exerçant au Centre [...]), ils ne sont pas suffisamment complets pour permettre à la Cour de céans de se prononcer sur la capacité de travail selon les critères jurisprudentiels déterminants (cf. supra consid. 4 d).

c) Les rapports médicaux au dossier ne permettant pas de fixer le taux d'invalidité du recourant, la Cour a dès lors ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, qui a été confiée au Dr N._____. Ce dernier a retenu, comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité avec des traits de personnalité paranoïaque et évitante (CIM-10, F61.0 ; selon la DSM-5-TR : trouble grave de la personnalité caractérisé par le détachement et l'affectivité négative), une phobie sociale (CIM-10, F40.1 ; selon la DSM-5-TR : anxiété sociale [300.23]) et un trouble obsessionnel compulsif avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan (CIM-10, F42.0).

aa) Il convient en premier lieu de constater que l'expert N._____ a posé ses diagnostics en se référant à deux systèmes de classification reconnus à savoir la « Classification internationale des maladies », version 10 (ci-après : CIM-10) et au « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », version 5 et version 5-TR (ci-après : DSM-5 ou DSM-5-TR). Il s'est également référé à la CIM-11, tout en précisant ne pas ignorer les recommandations parues dans le Bulletin des médecins suisses, selon lesquelles il n'était pas adéquat, à l'heure actuelle, de se

référer à la CIM-11, mais qu'il lui paraissait nécessaire de faire autant que possible le passage d'une classification à l'autre.

A l'appui du diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec des traits de personnalité paranoïaque et évitante, l'expert a d'abord exposé que les critères d'un trouble général de la personnalité étaient, selon le DSM-5-TR : A) une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, cette déviation étant manifeste dans au moins deux des quatre domaines suivants : la cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements), l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel et l'impulsivité ; B) ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses ; C) ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ; D) ce mode est stable et prolongé et les premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte ; E) ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental ; F) ce mode durable n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale. L'expert a exposé que dans le cas de l'expertisé, tous les critères étaient remplis. S'agissant du critère A en particulier, la cognition, l'affectivité et le fonctionnement interpersonnel de l'expertisé étaient perturbés. Afin de poser son diagnostic, le Dr N._____ s'est également fondé sur un test de personnalité qu'il a fait passer à l'assuré. Il en est résulté que le profil de personnalité de ce dernier était rare car il contenait beaucoup de facettes hors normes, ce qui était un indice d'une vulnérabilité majeure, d'une incapacité à avoir des buts personnels et du plaisir pour quelle qu'activité que ce soit. L'expert a ainsi notamment relevé que ce test mettait en évidence chez l'expertisé des indices des éléments suivants : une incapacité à faire face au stress, celui-ci pouvant provoquer des symptômes dissociatifs, psychotiques, de l'anxiété ou des troubles de l'humeur ; une tendance élevée à la méfiance ; une insensibilité aux besoins et aux sentiments des autres ; une estime de soi basse, des

capacités limitées et des potentiels sous-exploités ; une désorganisation de la vie personnelle et professionnelle ; une absence de fiabilité, une difficulté de concentration, de maintien de l'attention et des prises de décisions irréfléchies et imprudentes. L'expert a relevé qu'il y avait une grande cohérence globale entre le profil de personnalité de l'expertisé et sa biographie, ses plaintes et l'observation clinique.

L'expert a également posé le diagnostic d'anxiété sociale en référence aux critères du DSM-5-TR (cf. expertise pp. 29-30), en relevant notamment que l'expertisé se sentait mal à l'aise dans toutes les situations sociales, craignant toujours d'être jugé car il ne savait jamais quoi dire et qu'il évitait donc les situations sociales autant que possible.

S'agissant du diagnostic de trouble obsessionnel compulsif, l'expert a d'abord exposé les critères déterminants selon la DSM-5-TR. En résumé, il s'agit de : la présence d'obsessions, de compulsions ou des deux (critère A) qui sont à l'origine d'une perte de temps considérable, d'une détresse clinique significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (critère B). Le sujet peut avoir une bonne, assez bonne, mauvaise ou une absence de prise de conscience (insight) que les croyances liées au trouble obsessionnel compulsif ne correspondent pas à la réalité. Dans le cas de l'expertisé, le Dr N._____ a indiqué que ce dernier décrivait quelques comportements compulsifs mais surtout des pensées obsédantes dont il ne parvenait pas à se défaire du type « il faut fuir ou se suicider ». Ces pensées étaient source d'une anxiété intense qu'il tentait de vaincre en se distrayant mais sans toujours y parvenir. Il se plaignait à plusieurs reprises de ne pas parvenir à gérer ses pensées. Les tics présentés durant l'enfance étaient en lien avec des situations de stress où il perdait ses moyens et où des idées tournaient dans sa tête. Tous les critères diagnostics étaient remplis et, en particulier, s'agissant du critère B, la symptomatologie était source d'une détresse cliniquement significative et d'une altération du fonctionnement social et professionnel. L'insight était faible à absent.

Vu ce qui précède, le Dr N. _____ a posé ses diagnostics sur la base d'un système de classification des maladies reconnu. Il a tenu compte des plaintes de l'expertisé et des éléments cliniques constatés et ses conclusions sont claires et dûment motivées. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter.

L'expert a par ailleurs estimé qu'il n'y avait ni syndrome de Gilles de la Tourette, ni trouble dépressif récurrent, ni modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (Gilles de la Tourette) et a expliqué pourquoi il s'écarterait de ces diagnostics posés dans les rapports médicaux antérieurs, en se référant aux critères de la DSM-5-TR. S'agissant du premier diagnostic, l'expert a expliqué qu'un des éléments de la maladie était la présence de tics moteurs multiples et d'un ou plusieurs tics vocaux à un moment quelconque au cours de l'évolution de la maladie mais pas nécessairement de façon simultanée (critère A). Or l'expertisé n'avait jamais présenté de tics moteurs, d'après ses dires. Si l'on peut s'interroger sur le fait que l'expert ait ainsi exclu le diagnostic de syndrome de Gilles de la Tourette alors que la présence de tics moteurs et vocaux a été observée par plusieurs médecins (voir notamment rapport du 21 mai 2015 de la Dre I. _____ et rapport de la Dre W. _____ du 30 juin 2020), cette question souffre néanmoins de demeurer indéterminée. En effet, même en excluant ce diagnostic, l'expert retient une incapacité de travail de 100 % dans toutes activités, de sorte que retenir une telle comorbidité supplémentaire ne changerait rien à l'évaluation de la capacité de travail de l'expertisé. S'agissant du trouble dépressif récurrent, l'expert judiciaire a expliqué que ce diagnostic impliquait notamment un changement par rapport à un état antérieur (critère A), ce qui était particulièrement difficile à déterminer en l'occurrence. En effet, à la lecture des rapports médicaux au dossier, il ressortait non pas une amélioration mais une fluctuation de l'état psychique de l'intéressé qui présentait presque toujours des idées suicidaires, des troubles du sommeil et des sentiments de dévalorisation. Quant à la modification durable de la personnalité due à un syndrome de Gilles de la Tourette tel que posé par la Dre Z. _____ et Mme O. _____ dans leur rapport du 21 mai 2015, les critères posés par la CIM-10 à cet égard n'étaient pas remplis selon l'expert, en particulier car la

symptomatologie qu'il avait présentée durant l'enfance avait été très peu handicapante et non traumatisante, d'après les indications de l'expertisé. En définitive, les explications de l'expert judiciaire au sujet des diagnostics précités qu'il n'a pas retenus, sont claires et motivées. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter.

L'expert N._____ a également exclu la présence d'un trouble schizotypique retenu par les psychiatres traitants (cf. rapports de la Dre W._____ et de la psychologue M._____ des 30 juin et 16 décembre 2020, rapports de la Dre X._____ et de la psychologue M._____ des 8 avril et 1^{er} juillet 2021, rapport des Drs D._____ et [...] du 29 mars 2022) en motivant dûment son propos : après avoir exposé les critères diagnostics de ce trouble selon la CIM-10 (cf. expertise pp. 40-42), il a indiqué que, dans le cas de l'expertisé, seul un critère était présent - à savoir une méfiance et une idéation persécutoire - ce qui n'était pas suffisant pour retenir ce diagnostic. Il a encore écarté le diagnostic de personnalité schizotypique au sens du DSM-5-TR, en expliquant que l'intéressé ne frappait pas par un comportement excentrique ni par une pensée ou un langage bizarre.

L'expert N._____ a enfin exposé pourquoi il s'écartait du diagnostic de trouble mixte de la personnalité partiellement décompensé posé par le Dr P._____ et la psychologue [...]. Il a à cet égard expliqué que la notion de décompensation d'un trouble de la personnalité n'existait pas dans les manuels diagnostics, que ce soit la CIM-10, la CIM-11, le DSM-5 ou le DSM-5-TR. Soit les critères d'un trouble de la personnalité étaient remplis, soit ils ne l'étaient pas. L'expert N._____ a encore expliqué que lorsqu'un expert admettait la présence d'un trouble de la personnalité, il lui appartenait d'en déterminer les répercussions fonctionnelles.

On relèvera encore que le Dr N._____ a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac et de dérivés de cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (CIM-10 ; F17.25 et F12.25).

En fin de compte, les conclusions diagnostiques de l'expert N._____, tant s'agissant des diagnostics qu'il a posés que de ceux qu'il a exclus, sont claires et bien motivées. Il a dûment expliqué pourquoi il s'était distancé de certains diagnostics retenus par les psychiatres traitants et par l'expert P._____ et la psychologue [...]. Ses conclusions doivent donc être suivies par la Cour.

bb) S'agissant de la capacité de travail de l'expertisé, l'expert a retenu qu'elle était nulle dans toute activité depuis le 26 novembre 2019.

Sous l'angle du degré de gravité fonctionnel, il ressort de l'expertise que les troubles psychiques de l'expertisé sont manifestes et sévères, et qu'ils ont une répercussion indéniable sur sa qualité de vie. L'expert a relevé que l'intéressé n'avait quasiment aucune activité de loisir, ni plaisir, ni projet de vie, qu'il était triste et irritable et n'avait que peu d'estime de lui-même. Par ailleurs, il ne supportait pas les relations sociales et se sentait emprunté dès qu'il se trouvait en groupe. Il ne supportait pas les conflits et quittait ses emplois sans crier gare lorsqu'il n'en pouvait plus. Il s'était en outre régulièrement fait licencié pour abandon de poste (expertise p. 51). Sous l'angle des comorbidités, l'expert a exposé que si l'on pouvait considérer qu'aucun des diagnostics posés ne représentait, pour lui-même, un handicap majeur, en revanche, la coexistence des pathologies psychiques représentait un tel handicap pour une insertion professionnelle et sociale. Du point de vue du succès ou de la résistance au traitement, l'expert a relevé que le traitement psychiatrique était particulièrement difficile en raison de la chronicité des troubles psychiques et de l'alexithymie (note réd. : incapacité à identifier ses propres émotions) dont l'expertisé était affecté. Le trouble de la personnalité, avec un névrosisme, une introversion et un manque de contrôle des conduites élevé était un défi thérapeutique. Le traitement ne pouvait être qu'essentiellement psychothérapeutique, avec comme objectif une modification progressive des schémas de comportement et de pensées. Un tel traitement ne pouvait avoir comme objectif une guérison

des troubles psychiques, mais tout au plus un amendement d'une partie de la symptomatologie.

Sous l'angle de la cohérence des troubles, l'expert a relevé qu'il n'y avait pas d'incohérence entre l'allégation de l'intéressé de ne pas pouvoir travailler et ses activités de la vie quotidienne. Il travaillait une dizaine d'heures par semaine dans son atelier de création sans en tirer de revenu et passait beaucoup de temps à dormir et à se reposer. Pour le surplus, il n'avait ni activité sociale, ni loisir.

S'agissant du parcours professionnel de l'intéressé, l'expert a exposé que ce dernier avait toujours travaillé dans ses différents emplois, sans absentéisme notable, mais les avait quittés du jour au lendemain sans prévenir et sans pouvoir prendre contact avec ses employeurs. Cette manière d'agir était conforme avec son trouble de la personnalité. Depuis 2019, l'expertisé n'avait plus été en mesure de se confronter au monde du travail. D'après l'expert, il était vraisemblable que l'intéressé avait épuisé les maigres ressources qu'il parvenait à mobiliser pour maintenir, par période, une capacité de travail dans le premier marché de l'emploi. L'expert estimait qu'à l'heure actuelle, l'expertisé n'était plus à même de mobiliser ses ressources, ni de lutter contre les idées de dénigrement et les jugements qu'il percevait des autres. Ses troubles psychiques représentaient un handicap majeur dans le cadre d'une activité professionnelle et n'étaient plus surmontables au prix d'un effort de volonté qu'il avait par ailleurs fourni jusqu'en 2019. Comme limitations fonctionnelles, l'expert a indiqué : des limitations modérées dans la planification et la structuration des tâches, dans la flexibilité, l'adaptabilité et la capacité aux relations privilégiées à deux ; des limitations importantes dans la capacité à porter des jugements et à prendre des décisions, dans les activités spontanées et la proactivité, dans la capacité d'endurance et de résistance, dans l'affirmation de soi, dans la capacité de contact, de conversation et d'intégration dans un groupe.

Sur la base de l'examen des indicateurs jurisprudentiels applicables, l'entière incapacité de travail dans toutes activités retenue

par l'expert apparaît donc cohérente avec la situation objective du recourant, qui ne dispose plus des ressources nécessaires pour exercer une activité professionnelle, en raison de ses atteintes à la santé.

6. Le recourant présentant une incapacité de travail de 100 % dans toutes activités depuis le 26 novembre 2019, respectivement une incapacité de gain totale depuis cette date, il peut prétendre à une rente entière d'invalidité à l'issue du délai de carence d'une année (art. 28 LAI dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), soit dès le 1^{er} novembre 2020, la rente étant versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

7. a) Vu ce qui précède, bien fondé, le recours est admis.

b) 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), qu'il convient en l'occurrence de fixer à 1'000 fr. vu l'ampleur de la procédure et de mettre à la charge de l'OAI qui succombe.

c) Le recourant qui obtient gain de cause et qui est assisté par un mandataire professionnel, a le droit à des dépens qu'il convient de fixer à 2'500 fr. vu l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1]).

**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 31 mai 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que K._____ a le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2020.

- III. Les frais judiciaires, fixés à 1'000 fr. (mille 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 K._____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre d'indemnité de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Intégration Handicap (pour K._____),
- 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 :