

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 avril 2023

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Feusi et M. Peter, assesseurs
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 29 al. 1 et 3 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], divorcé et père d'un enfant (né en [...]), en Suisse depuis 2012 et au bénéfice d'un permis F, a travaillé dans un [...], puis a effectué diverses mesures occupationnelles (nettoyage, entretien de parcs) auprès de l'Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants (ci-après : EVAM).

L'assuré a été suivi par le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue FSP H._____ dans le cadre de la Consultation [...] du 17 avril 2014 au 13 juin 2016, à la suite d'une agression subie la nuit du [...] à son domicile, en plein sommeil, par [...].

Il a fait l'objet d'une communication de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par l'EVAM le 19 août 2019.

Selon un entretien de détection précoce avec un collaborateur de l'OAI en date du 27 septembre 2019, l'assuré devait effectuer une remédiation cognitive ainsi que des cours individuels de français auprès de [...] avant qu'un nouvel entretien puisse être organisé afin d'évaluer la pertinence du dépôt d'une demande de prestations AI.

L'assuré a suivi des cours de français chez [...] du 29 octobre 2019 au 3 décembre 2020 grâce auxquels il a amélioré son niveau de compréhension tout en gardant des difficultés à s'exprimer de manière fluide selon un bilan final du 10 décembre 2020.

Dans un rapport du 5 février 2021, l'OAI a préconisé le dépôt d'une demande AI malgré des difficultés d'apprentissage en français liées à sa problématique de santé, à savoir des problèmes de concentration.

Par demande du 24 février 2021, l'assuré a sollicité des prestations auprès de l'OAI en indiquant présenter une incapacité totale

de travail depuis le 1^{er} janvier 2015 en raison d'un syndrome post-traumatique et de problèmes psychologiques (concentration faible, endormissement difficile, stress et absence de sérénité).

Par communication du 3 mai 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce et que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables pour l'instant.

Dans un rapport du 8 juillet 2021 à l'OAI, la Dre D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin chef au Centre de psychiatrie et psychothérapie B._____ et A._____, psychologue spécialisée en psychothérapie FSP, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail depuis 2014 de trouble délirant persistant, avec délire paranoïaque (F22.0), de trouble anxieux, sans précision (F41.9) et de status post état de stress post-traumatique (F43.1). Elles n'ont attesté aucune incapacité de travail, l'assuré étant sans activité depuis qu'elles le connaissaient. Elles ont précisé que l'assuré était suivi une fois par mois et qu'une fréquence plus rapprochée était trop confrontante pour celui-ci en raison de ses idées de persécution. Le traitement prescrit (Quétiapine, puis Risperdal) avait été arrêté au vu de la conscience morbide altérée et du fait que l'assuré s'était senti persécuté en raison des effets secondaires du traitement. Elles ont indiqué que le pronostic sur la capacité de travail dans tout type d'activité était réservé mais que l'assuré estimait être capable de travailler à 50 % si l'OAI l'aidait à se réinsérer dans une activité adaptée, ce point restant à évaluer. Elles ne se sont pas prononcées sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et ont proposé d'évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée avec des mesures de réinsertion. Elles ont relevé les limitations fonctionnelles suivantes : troubles de la pensée (fuite des idées, discours parfois désorganisé), croyances délirantes avec parfois perte de contact avec la réalité, absence de conscience morbide, projections massives, mauvaise gestion de l'agressivité, difficultés interpersonnelles, troubles du sommeil, troubles de l'attention et de la concentration, oublis, difficultés d'apprentissage, car il était envahi par les idées délirantes et les émotions que cela induisait chez

lui, intolérance au stress et à la frustration et risque de décompensation en cas de sollicitations supplémentaires. Elles ont enfin indiqué que l'assuré avait rapporté être apte à tenir son ménage et à s'occuper de son fils.

Il ressort également ce qui suit de ce rapport :

« (...) **2 Situation médicale**

2.1

Antécédents médicaux et évolution de la situation du patient/de la patiente

(...)

[L'assuré] fait appel à notre consultation en juin 2016 suite à une rupture du lien thérapeutique avec son ancienne psychologue. C'est son ex-épouse qui a fait la démarche pour lui et l'accompagne au premier rendez-vous.

Il a été suivi à [...] d'avril 2014 à juin 2016, suite à une agression subie la nuit du [...] à son domicile, en plein sommeil, par [...]. Suite à cela il a développé des symptômes de type post-traumatique, avec des reviviscences, des crises de larmes, des attaques de panique, un état d'hypervigilance et une peur de sortir par crainte de se faire agresser à nouveau. Il a souffert d'insomnies sévères, de cauchemars et de troubles de la mémoire.

Lors des premières consultations, nous constatons une rémission partielle de la symptomatologie post-traumatique. Cependant, nous notons des idées de persécutions massives, relatives à son ancienne thérapeute, son interprète, son avocat et surtout son ex-épouse ainsi que la famille de cette dernière. Le discours est logorrhéique, pas toujours très clair. Il y a une importante fuite des idées et les propos sont accompagnés d'une forte émotivité.

Sur le plan des antécédents, le patient affirme ne jamais avoir consulté en milieu psychiatrique avant son agression en [...] et être en bonne santé physique. (...)

2.4

Constats médicaux complets sur la base des examens que vous avez pratiqués (...)

Très rapidement dans l'interaction, nous pouvons constater un délire de complot, avec des idées de persécutions massives à propos de tout le monde, y compris les thérapeutes et les instances sociales telles que l'Evam, les avocats etc. Il y a une grande interprétativité et une méfiance délirante par rapport à toute parole ou geste des thérapeutes. Une fuite des idées assez importante rend le déroulement des séances fastidieux, le discours est logorrhéique et va dans tous les sens. Cela laisse peu de place aux échanges. (...)

Le sommeil est entrecoupé et de mauvaise qualité. Il est dans un état d'hypervigilance permanent, prêt à se réveiller au moindre bruit. L'évocation de l'agression est difficile, il est envahi par les émotions et manifeste des réactions neurovégétatives avec une oppression thoracique et une transpiration excessive.

Il se plaint de troubles cognitifs sous forme de problèmes d'attention, de concentration, de mémoire ainsi que des difficultés d'apprentissage. »

Etaient joints à ce rapport les deux documents suivants :

- un résumé de fin de traitement du 4 juillet 2016 du Dr L._____ et de la psychologue H._____ retenant comme diagnostics un trouble de la personnalité émotionnellement labile (sur une modalité agressive et identification à l'agresseur suivant les moments) (F60.3), un état de stress post-traumatique (F43.1), une dislocation familiale suite à un divorce (Z63.5) et des difficultés liées aux conditions de logement et sociale (Z59). Selon ce résumé, la fin du traitement a été marquée par une rupture assez violente au vu des menaces au suicide de l'assuré à la suite de l'impuissance signifiée par sa thérapeute et le refus de cette dernière de permettre des insultes et des actes d'éjection violente de l'interprète du setting thérapeutique ;

- un rapport de fin de prise en charge en remédiation cognitive du 22 octobre 2020 signé par le neuropsychologue P._____ retenant les diagnostics de trouble délirant persistant avec délire paranoïaque (F22.0), état de stress post-traumatique (F43.1) et troubles anxieux (F41.9). Ce rapport est arrivé à la conclusion qu'après plusieurs semaines d'accompagnement en remédiation cognitive, des progrès notables avaient pu être directement observés, l'assuré s'étant amélioré dans les exercices et l'application de stratégies discutées concernant l'attention et les aspects de mémorisation.

Pour faire suite à un courrier de l'OAI du 7 septembre 2021, la Dre D._____ et la psychologue A._____ ont établi le rapport suivant en date du 23 décembre 2021 :

« **Rapport médical**

1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

F22.0 : Trouble délirant persistant, avec délire paranoïaque.

F41.9 : Trouble anxieux, sans précision.

F43.1 : Status post Etat de stress post-traumatique.

rapport ?

2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier

L'état de M. S. _____ n'a pas évolué depuis notre dernier rapport. Depuis que nous le suivons en 2016, sa symptomatologie reste chronique avec un noyau délirant bien enkysté.

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ? (sur un taux de 100 %, même si le taux contractuel est inférieur)

Nulle.

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? A quel taux peut-elle être exigible au départ ? (sur un taux de 100 %, dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)

Nulle dans un milieu ordinaire, en raison du délire de persécution pouvant être dirigé contre n'importe qui et des manifestations symptomatologiques que cela engendre chez le patient.

M. S. _____ effectue actuellement des mesures occupationnelles de l'Evam, de manière très volontaire. Reste à évaluer auprès de l'Evam le bon déroulement de ces mesures.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Troubles de la pensée (fuite des idées, discours parfois désorganisé), croyances délirantes avec parfois perte de contact avec la réalité, absence de conscience morbide, projections massives, mauvaise gestion de l'agressivité, difficultés interpersonnelles, troubles du sommeil, troubles de l'attention et de la concentration, oublis. Difficultés d'apprentissage car le patient est envahi par les idées délirantes et les émotions que cela induit, intolérance au stress et à la frustration, risque de décompensation en cas de sollicitations supplémentaires.

6. Quels sont les dates et les taux précis d'arrêt de travail ?

M. S. _____ est pris en charge par l'Evam. Nous n'avons jamais été sollicité pour des arrêts de travail.

7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Au vu de la conscience morbide altérée, le patient est dans le déni de ses troubles. Il a par conséquent arrêté le traitement prescrit (Quétiapine, puis Risperdal).

Il se rend régulièrement à ses consultations une fois par mois, une fréquence plus rapprochée étant trop confrontante pour lui en raison de ses idées de persécution. (...) »

Par avis du 1^{er} février 2022, la Dre R. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire pour éclaircir la situation.

Par courrier du 28 février 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise psychiatrique allait être confiée au Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

L'expert a examiné l'assuré les 2 et 23 mai 2022 durant trois heures à chaque fois et a fait part de ses conclusions dans un rapport du 30 mai 2022 exposant en particulier ce qui suit :

« (...) **7. DIAGNOSTICS** (...)

- Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

Nihil, selon la jurisprudence de novembre 2017.

- Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

F43.1 Antécédents d'état de stress post traumatique entre 2014 et 2017 en rémission depuis 2017 au présent.

Z73.1 Traits de la personnalité paranoïaque actuellement non décompensés.

Nous analysons les indices de gravité selon la jurisprudence 30.11.2017 :

I. Degré de gravité fonctionnelle

Selon les examens cliniques et l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, on retient des antécédents d'état de stress post traumatique en rémission depuis 2017 au présent, chez un assuré qui ne décrit pas des limitations dans son quotidien d'un point de vue psychiatrique et qui ne se plaint plus de flashbacks, pas d'évitements, pas d'hypervigilance et avec une méfiance en lien avec des traits de la personnalité paranoïaque depuis le début de l'âge adulte, actuellement non décompensés.

Au moment de l'expertise et ce depuis 2017 au présent on retient des limitations fonctionnelles psychiatriques subjectives et sans impact sur le quotidien chez un assuré qui ne nécessite pas une aide significative durant la journée type en dehors de l'administratif nécessitant la lecture du français, avec des activités variées possibles et sans limitations lors de l'examen clinique, malgré une méfiance existant depuis plusieurs décades. Dans ce contexte d'absence de limitations fonctionnelles objectivables selon l'anamnèse, l'examen clinique et la journée type, cet indice important est absent d'un point de vue psychiatrique depuis 2017 au présent.

II. Atteinte à la santé

Cet indice de gravité est absent, dans l'absence de limitations fonctionnelles significatives objectivables.

III. Caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont remplis pour les troubles susmentionnés depuis 2017 au présent.

IV. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard

Nous objectivons une évolution globalement stationnaire, sans un traitement psychotrope et sans un suivi psychiatrique hebdomadaire qui n'est pas exigible, vu l'absence de limitations fonctionnelles.

V. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques susmentionnées sont des troubles qui n'entraînent pas des limitations fonctionnelles significatives et objectivables, selon l'anamnèse, l'examen clinique et la journée type.

VI. Personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Dans ce cas, selon l'anamnèse, de longue date, l'assuré ne présente pas des comportements durables et **stables nettement disharmonieux** dans plusieurs secteurs de fonctionnement, mais seulement disharmonieux, ce qui permet de ne pas retenir la présence d'un trouble de la personnalité, mais de traits de la personnalité paranoïaque depuis le début de l'âge adulte, actuellement non décompensés.

VII. Contexte social

Au moment de l'expertise l'assuré présente un isolement social partiel tout au plus, mais pas total.

VIII. Cohérence

Nous avons objectivé une **cohérence assez bonne** entre les plaintes subjectives et le constat objectif, **sans exagération volontaire des plaintes**.

IX. Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie

Au moment de l'expertise l'assuré garde des capacités et ressources personnelles suffisantes, sans nécessiter une aide significative dans le quotidien en dehors de l'administratif nécessitant le français et sans limitations uniformes d'un point de vue psychiatrique. Nous ne retenons pas des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives selon l'anamnèse, la journée type et l'examen clinique et cet élément est absent.

X. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation

L'assuré présente une motivation assez bonne pour une réadaptation professionnelle et une motivation nulle pour un traitement antidépresseur selon l'anamnèse.

En conclusion, les indices jurisprudentiels de gravité ne sont pas remplis depuis 2017 au présent, dans l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques significatives objectivables pour les diagnostics susmentionnés. (...)

9. RÉPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT

9.1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

100% depuis 2017, tenant compte des indicateurs standards pour les troubles susmentionnés dans une activité simple, comme celle qu'il

exerce actuellement dans un cadre protégé, mais qui est aussi réalisable dans l'économie libre.

9.1.1. Combien d'heures de présence la personne assurée peut-elle assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

9 heures par jour.

9.1.2. Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Non.

9.1.3. À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?

100% depuis 2017 au présent.

9.1.4. Comment cette capacité de travail a évolué au fil de temps ?

Elle a été de 100% depuis 2017 au présent.

9.2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de la personne assurée

100% depuis 2017 au présent, tenant compte des indicateurs standards pour les troubles susmentionnés.

9.2.1. Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ?

Toute activité en cohérence avec le niveau d'acquisition et adaptée d'un point de vue somatique est une activité adaptée, en dehors d'un groupe ou de relations sociales complexes (limitation en lien avec des traits de la personnalité paranoïaque qui peuvent décompenser, mais qui existent avant son arrivée sur le territoire helvétique.

9.2.2. Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?

9 heures par jour.

9.2.3. La performance de l'assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Non, pas pour des raisons psychiatriques.

9.2.4. À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de la personne assurée dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100% ?

100% dans une activité adaptée.

9.2.5. Comment cette capacité de travail a évolué au fil du temps ?

Elle a été de 100% depuis 2017 au présent.

9.3. Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

9.3.1. D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ?

Un suivi psychiatrique et un traitement psychotrope ne sont pas exigibles, car la capacité de travail est conservée.

9.3.2. Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ?

Nous recommandons une aide pour la réinsertion professionnelle dans une activité adaptée d'un point de vue somatique, car ceci peut améliorer le pronostic.

9.4. Questions de l'office AI se rapportant au cas précis (à reprendre du mandat)

Les questions ont été abordées. »

L'OAI a soumis le rapport d'expertise à l'avis de la Dre R. _____ qui, se prononçant le 21 juin 2022, a conclu que l'évolution de la capacité de travail de 2014 à 2017 n'était pas claire, l'expert évaluant la capacité de travail depuis 2017 seulement. Aussi, les questions suivantes devaient être envoyées à l'expert : « [m]erci de vous prononcer concernant l'évolution de la capacité de travail dans une activité habituelle et adaptés dans l'intervalle entre 2014 et 2017. Merci d'argumenter une amélioration de la capacité de travail depuis 2017 ».

L'expert a répondu ce qui suit le 4 juillet 2022 :

« (...) Dans cette situation selon le dossier asséurologique, l'anamnèse et l'examen clinique réalisés nous avons retenu qu'une incapacité de travail a commencé à être documentée depuis janvier 2015, donc pas en 2014 selon l'assuré.

Dans le résumé de fin de traitement (04.07.2016) établi par le Docteur L._____, médecin chef de clinique adjoint, et par Madame H._____, psychologue-psychothérapeute FSP on apprend la mise en place d'une prise en charge du 17.04.2014 au 13.06.2016 à la suite d'une agression subie de la part des [...] et notamment [...], ce qui a entraîné des séquelles de type post-traumatique. Toutefois, l'assuré aurait reçu des arrêts maladies seulement depuis janvier 2015, ce qui apparaît comme contradictoire avec des troubles présents depuis avril 2014 qui ne sont pas devenus plus forts en 2015 selon l'anamnèse. De plus, l'assuré n'aurait jamais pris le traitement prescrit en 2014 selon l'anamnèse au moment où on lui a expliqué la nécessité d'une prise de sang et son traitement n'a pas été changé en 2015, ce qui suggère aussi indirectement l'absence d'une aggravation en 2015.

L'intéressé dit ne pas être vraiment limité dans son quotidien depuis 2014 et il explique qu'il souhaite trouver un emploi depuis longtemps, mais il a des difficultés à trouver un travail sans formation et sans parler le français. Il décrit des débordements émotionnels ponctuels, ce qui nous permet de retenir des incapacités de travail ponctuelles d'un jour ou deux tous les trois mois durant les pires phases et tous les neuf mois durant les meilleures phases entre 2014 et 2017, mais sans limitations fonctionnelles significatives uniformes et constantes malgré un état de stress post traumatique avec quelques flashbacks, évitements, hypervigilance et cauchemars. Les symptômes susmentionnés se sont estompés trois années après le traumatisme selon l'anamnèse, mais la capacité de travail ne s'est pas améliorée, car malgré les symptômes susmentionnés nous ne retenons pas d'impact significatif sur le quotidien, ni de traitement pharmacologique, ni d'hospitalisation nécessaire.

En conclusion nous ne retenons ni aggravation, ni amélioration significative de la capacité de travail en 2017 par rapport à la période 2014-2017, avec la précision que les explosions émotionnelles en lien avec un état de stress post traumatique étaient plus fréquentes en 2014-2016, mais sans un impact significatif sur le quotidien et sans nécessiter un traitement pharmacologique ou une hospitalisation psychiatrique, donc avec une capacité de travail globalement conservée entre 2014-2017 à l'exception de moments de décompensation ponctuels susmentionnés. (...) »

Par rapport d'examen du 31 août 2022, la Dre R._____ s'est ralliée aux conclusions de l'expert considérant sur cette base qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles durables et que la capacité de travail de l'assuré était entière dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Dans un projet de décision du 1^{er} septembre 2022, confirmé par décision du 11 octobre 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Il a considéré que l'intéressé ne présentait pas d'atteinte incapacitante et que sa capacité de travail était

donc totale dans toute activité. S'agissant du droit aux mesures professionnelles, l'assuré ne pouvait pas y prétendre dès lors que les conditions du droit n'étaient pas remplies.

B. Par acte du 10 novembre 2022 (date du timbre postal), S. _____ a recouru contre la décision du 11 octobre 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu implicitement à ce que son droit à des prestations AI lui soit reconnu. A l'appui de son recours il a produit un rapport du 9 novembre 2022 établi par la Dre D. _____ et la psychologue A. _____ dont il ressort ce qui suit :

« (...) [M. S. _____] souffre d'un trouble délirant persistant, avec délire paranoïaque (CIM-10 : F22.0) ainsi que d'un trouble anxieux, sans précision (CIM-10 : F41.9). Il a également présenté par le passé un état de stress post-traumatique (CIM-10 : F43.1), aujourd'hui en rémission.

A noter que le suivi psychothérapeutique se déroule dans sa langue maternelle, ce qui permet une évaluation plus fine et *in fine* plus objective.

Depuis le début de son suivi en juin 2016, nous constatons chez lui un délire de complot, avec des idées de persécution massives à propos de tout le monde, y compris les thérapeutes et des instances sociales telles que l'EVAM, les avocats etc. Il y a une grande interprétativité et une méfiance délirante par rapport à toute parole ou geste à son égard. Ces idées sont accompagnées d'une forte perturbation émotionnelle (colère, sentiment d'injustice, angoisses massives, tristesse avec parfois des pleurs). Le patient se plaint de troubles cognitifs sous forme de problèmes d'attention, de concentration, de mémoire ainsi que de difficultés d'apprentissage.

Au vu de la pathologie sévère dont il souffre et malgré tous les cours de français suivis et les diverses mesures occupationnelles effectuées auprès de l'EVAM, M. S. _____ n'est pas parvenu à apprendre suffisamment le français et à s'insérer professionnellement. Dans ce contexte, une demande de rente a été déposée en février 2021 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité. Cependant cette demande a été rejetée, suite à une expertise psychiatrique qui ne relève aucun diagnostic psychiatrique invalidant chez le patient.

A noter qu'en raison de sa méfiance, M. S. _____ ne nous a pas transmis le projet de décision reçu il y a environ deux mois, qui nous aurait permis de faire un recours directement auprès de l'Office AI. Le patient nous a amené la décision finale quelques jours avant l'écoulement du délai de recours, ce qui nous a laissé peu de temps pour réunir tous les éléments afin d'appuyer nos propos.

Par ce courrier, et avec l'accord du patient, nous nous permettons de vous transmettre notre désaccord par rapport aux conclusions de l'expertise psychiatrique (annexe 1) et la décision de l'Office AI qui refuse d'entrer en matière (annexe 2).

L'expertise stipule notamment qu'un traitement antipsychotique n'a pas été proposé au patient et que le suivi n'est pas hebdomadaire (mais mensuel). Ces éléments excluraient un trouble psychotique ou délirant

floride. Or, nous avons bien mentionné dans nos rapport médicaux (annexe 3 et 4), qu'un traitement (par Quétiapine, puis Risperdal) a effectivement été prescrit mais a été arrêté par le patient car il n'a aucune conscience de son trouble délirant. Nous avons mentionné que le suivi est mensuel, car une fréquence plus rapprochée est trop confrontante pour le patient, en raison de ses idées de persécution à l'encontre des thérapeutes. Nous tenons à préciser qu'il est fréquent que les patients souffrant de ce type de trouble refusent la médication car ils ne se considèrent pas comme malade. Le lien thérapeutique est également compliqué car ressenti comme menaçant, ce qui fait qu'il serait difficilement supportable pour le patient de consulter plus souvent.

L'expert dit que le patient est apte à tenir son ménage et qu'il fait des activités dans la journée ce qui irait à l'encontre d'un trouble psychiatrique incapacitant. Or, comme nous pouvons le lire dans les manuels de psychiatrie, un trouble délirant n'atteint pas forcément la capacité du patient à faire des tâches ménagères, ni des activités solitaires. C'est la relation et la collaboration avec autrui qui sont compliquées dans ce type de pathologie.

Concernant le fonctionnement social du patient, l'expert le considère comme non pathologique, même s'il relate bien que M. S. _____ a coupé les contacts avec sa famille et ses amis et qu'il ne fait des activités qu'avec son fils, actuellement âgé de [...]. A notre sens, ceci démontre justement des difficultés interpersonnelles rencontrées par le patient. L'expert dit qu'il peut travailler dans des activités occupationnelles de l'EVAM avec des bons contacts avec certaines collègues. Nous tenons à rappeler qu'une mesure occupationnelle n'a pas les mêmes exigences qu'un travail dans le marché courant de l'emploi. Et comme nous l'avons suggéré dans nos rapports, la façon dont se déroulent ces mesures pourrait être investigué par l'AI, et pourrait servir d'hétéro-anamnèse. De même, il faut noter les entretiens de détection précoce organisés par le collaborateur AI, qui avait mis en évidence un certain nombre d'éléments, notamment la nécessité pour ce patient de faire des cours de français privé, car son sentiment de méfiance vis-à-vis des autres élèves l'empêchait de suivre les cours.

Sur le plan diagnostique, l'expert ne retient pas de trouble de la personnalité paranoïaque (voir p. 31 de l'expertise), alors qu'il cote oui à tous les items de ce diagnostic.

Finalement, dans l'expertise, il est stipulé que le patient cherche des bénéfices secondaires, alors qu'aux pages 40 et 41, il est noté que la cohérence est bonne, qu'il n'y a pas d'exagération des plaintes, que le patient se dit motivé pour des mesures de réinsertion.

En conclusion, nous continuons de soutenir que le patient souffre d'une pathologie importante et invalidante, qui nécessiterait l'intervention de l'Office AI. Nous constatons que la gravité de l'état du patient ainsi que sa vulnérabilité n'ont pas été saisies. La situation de M. S. _____ devrait être réexaminée afin qu'il puisse bénéficier de l'aide nécessaire. (...) »

Dans sa réponse du 15 décembre 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a expliqué que son instruction reposait sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr N. _____ du 30 mai 2022 et son complément du 4 juillet 2022. Il a exposé que le rapport produit par le recourant n'était qu'une appréciation différente d'un même état de fait et qu'aucun éléments objectivement

vérifiable que l'expert n'aurait pas pris en compte aurait été mis en exergue dans le cadre de son évaluation.

Par écriture du 27 décembre 2022, le recourant a indiqué n'avoir aucun élément complémentaire à soumettre.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande déposée le 24 février 2021.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 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). L'ancien droit reste applicable dès lors que l'ouverture éventuelle du droit à la rente serait antérieure au 31 décembre 2021 (let. b al. 1 et 2 des dispositions transitoires de la nouvelle du 1^{er}

janvier 2022 par analogie ou ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1 ; Circ. DT DC AI du 1^{er} janvier 2022, ch. 1007 ss). Si le droit éventuel à la rente, compte tenu du délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI et du délai d'attente de six mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI), a pris naissance avant le 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit est applicable.

b) Dans le cas présent, le début du droit à la rente est fixé au 24 août 2021 compte tenu de la demande tardive (au sens de l'art. 29 al. 1 LAI). Sont dès lors applicables les dispositions de la LAI et des ordonnances y relatives dans leur ancienne teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, alors même que la décision a été rendue en octobre 2022.

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). 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).

5. 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) 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).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à celui-ci ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

6. a) 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).

b) 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).

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

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

7. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant ne présente aucune atteinte à la santé sur le plan somatique. Sur le plan psychique, l'OAI n'a retenu aucune atteinte à la santé incapacitante en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr N. _____ du 30 mai 2022 et son complément du 4 juillet 2022. Pour sa part, le recourant a contesté cette appréciation en s'appuyant notamment sur le rapport du 9 novembre 2022 du Centre de psychiatrie et psychothérapie B. _____.

a) aa) En l'occurrence, l'expertise du Dr N. _____ est pleinement probante. Ce spécialiste a en effet pris connaissance de tout le dossier de l'assuré, qu'il a synthétisé, puis s'est entretenu avec l'intéressé dans le cadre de deux entretiens. Il a à cette occasion listé les plaintes du recourant, établi son anamnèse, puis formulé des conclusions claires, à teneur desquelles il a retenu une capacité de travail entière, sans baisse de rendement. Les diagnostics posés par l'expert et les constatations médicales y relatives ont été motivés conformément aux exigences de la jurisprudence. De plus, on remarque que l'expert a procédé à des investigations extrêmement fouillées du cas particulier en procédant à de nombreux tests ainsi qu'à des analyses sanguines et urinaires

Le recourant ne formule du reste pas de critique particulière ou précise à cet égard.

bb) L'expert a posé ses diagnostics selon les règles de l'art, retenant des antécédents d'état de stress post traumatique (F43.1) entre 2014 et 2017 en rémission depuis 2017 au présent et des traits de la personnalité paranoïaque actuellement non décompensés (Z73.1). Il a retenu ces diagnostics après avoir procédé à une appréciation circonstanciée de l'état psychique du recourant et en se fondant notamment sur l'échelle de dépression de Beck et l'échelle de dépressions MADRS (Montgomery-Asberg Depressing Rating Scale). A ce sujet, il a relevé que les échelles étaient discordantes avec une exagération légère de la symptomatologie thymique subjective et sans trouble dépressif caractérisé selon la CIM-10. Il a expliqué pourquoi il n'avait pas retenu le diagnostic de personnalité paranoïaque (F60.0) alors même que des traits de la personnalité paranoïaque étaient présents dès lors qu'il s'agissait d'attitudes et de comportements disharmonieux mais pas nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement (cf. pp. 31 et 40 de l'expertise). Ses conclusions sont en outre étayées par une évaluation des capacités fonctionnelles de l'assuré selon la mini CIF-TAPP (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, un instrument de mesure des aptitudes psychiques).

cc) L'examen des indicateurs dégagés par la jurisprudence fédérale permet d'exclure que les affections psychiques diagnostiquées revêtent un degré de gravité important. L'expert a ainsi noté dans le cadre de cet examen que les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient subjectives et sans impact sur le quotidien chez un assuré qui n'avait pas besoin d'une aide significative durant la journée type en dehors de l'administratif nécessitant la lecture du français avec des activités variées possibles et sans limitations lors de l'examen clinique, malgré une méfiance existant depuis plusieurs années. L'assuré gardait des capacités et des ressources suffisantes sans nécessiter une aide significative dans le quotidien en dehors de l'administratif. Pour l'expert, les comorbidités psychiatriques n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles significatives et objectivables selon l'anamnèse, l'examen clinique et la journée type. Il n'y avait au demeurant pas d'isolement social total mais seulement partiel. En ce qui concernait l'évaluation de la cohérence,

l'expert a retenu une cohérence assez bonne entre les plaintes subjectives et le constat objectif sans exagération volontaire des plaintes. La cohérence au niveau de l'anamnèse et de l'examen clinique et la plausibilité des troubles psychiques étaient bonnes chez un assuré qui n'exagérait pas volontairement ses activités de la journée type mais qui avait fait une demande AI sans limitations uniformes et significatives psychiatriques. S'agissant du traitement, l'expert a objectivé une évolution globalement stationnaire sans traitement psychotrope et sans un suivi psychiatrique hebdomadaire qui n'était pas exigible vu l'absence de limitations fonctionnelles. Enfin, l'expert a constaté que l'assuré présentait une motivation assez bonne pour une réadaptation professionnelle et une motivation nulle pour un traitement antidépresseur.

A cela s'ajoute que dans le cadre de son exposé, l'expert a discuté et apprécié les éventuelles informations divergentes ressortant du dossier. A cet égard, il a relevé que l'assuré avait expliqué que sa demande AI était plus motivée par une demande de réadaptation ou de réinsertion professionnelle, ce qui apparaissait en discordance avec les rapports de la psychiatre traitante. Si cette dernière avait retenu un trouble délirant persistant et incapacitant avec diminution de la capacité de travail, l'examen clinique n'objectivait pas de limitations fonctionnelles ce qui était congruent avec la journée type chez un assuré qui gérait son quotidien sans difficulté et sans aide significative en dehors de l'administratif, qui gérait les courses, la préparation des repas, faisait le ménage, se déplaçait sans difficulté, faisait les devoirs avec son fils, avait pu travailler dans des activités occupationnelles qui lui étaient proposées avec de bons contacts avec certains collègues qui l'aidaient ponctuellement et avec des activités plaisantes dans le quotidien sans isolement social total. L'expert a relevé que l'absence d'un suivi psychiatrique hebdomadaire, d'un traitement antidépresseur, d'un traitement antipsychotique et d'une hospitalisation en psychiatrie, ainsi que l'absence de plaintes actuelles de type flashback et évitement plaidaient contre des troubles psychiatrique incapacitants et contre des limitations fonctionnelles significatives et pour la guérison de l'état de stress post-traumatique depuis plusieurs années. A cet égard, l'assuré

avait d'ailleurs lui-même décrit une diminution des symptômes. L'expert a enfin expliqué que les activités possibles durant la journée type, l'examen clinique et l'absence d'un traitement antipsychotique qui ne lui aurait pas été proposé depuis plusieurs années excluaient un trouble psychotique ou délirant floride chez un assuré méfiant depuis le début de l'âge adulte, dans le contexte de traits de la personnalité paranoïaque, non décompensés lors de l'expertise. L'expert a précisé que les troubles de la personnalité paranoïaque étaient présents depuis le début de l'âge adulte, soit avant l'arrivée en Suisse.

dd) Sur la base de son analyse, le Dr N._____ a jugé, dans son expertise du 30 mai 2022, que le recourant disposait en toute activité d'une capacité de travail de 100 % depuis 2017. Dans son complément du 4 juillet 2022, il a conclu ne retenir ni aggravation ni amélioration significative de la capacité de travail en 2017 par rapport à la période 2014-2017 tout en précisant que les explosions émotionnelles en lien avec un état de stress post-traumatique étaient plus fréquentes en 2014-2016 sans toutefois avoir un impact significatif sur le quotidien et sans nécessiter de traitement pharmacologique ou une hospitalisation en psychiatrie. Il a précisé que la capacité de travail avait été globalement conservée entre 2014 et 2017 à l'exception des moments de décompensation ponctuels susmentionnés.

b) Ces constatations ne sauraient être remises en cause par les différents rapports établis par les médecins traitants du recourant.

Le résumé de fin de traitement du 4 juillet 2016 du Dr L._____ et de la psychologue H._____, outre le fait qu'il date d'une époque où les symptômes du recourant n'avaient pas encore diminué, n'évalue pas la capacité de travail du recourant, ni ses limitations fonctionnelles tout comme d'ailleurs le rapport de fin de prise en charge en remédiation cognitive du 22 octobre 2020. Ainsi, ces rapports ne suffisent pas à remettre en question les conclusions de l'expert.

Dans leur rapport du 8 juillet 2021, la Dre D._____ et la psychologue A._____ se sont limitées à indiquer que le pronostic était réservé s'agissant de la capacité de travail du recourant. Dans leur rapport du 23 décembre 2012, elles ont cette fois retenu une capacité de travail nulle dans tout type d'activité sans toutefois la justifier se limitant à indiquer les mêmes limitations fonctionnelles que celles décrites dans leur premier rapport et sans examiner les ressources du recourant. On peut par ailleurs relever qu'elles ont indiqué que la symptomatologie du recourant restait chronique depuis le début de leur suivi en 2016 tant dans leur rapport de juillet 2021 que celui de décembre 2021, sans mentionner d'amélioration. Or, le recourant lui-même a indiqué que ses symptômes avaient diminué de 80 % en intensité depuis 2014 (cf. p. 8 de l'expertise du 30 mai 2022). Surtout, la Dre D._____ et la psychologue A._____ ne se sont pas déterminées sur l'activité exercée depuis la fin de l'année 2021 par le recourant à 50 % en tant que commis de cuisine, se contentant d'indiquer que le recourant effectuait des mesures occupationnelles de l'EVAM dont le bon déroulement restait à évaluer. Enfin, on ne peut que constater que la Dre D._____ et la psychologue A._____ ont, dans leurs rapports des 8 juillet et 23 décembre 2021, repris mot à mot les informations médicales données par le neuropsychologue dans son rapport du 22 octobre 2020 sans toutefois les détailler, ni les motiver. De plus, elles ne se sont pas prononcées sur le fait que le suivi psychiatrique n'était que mensuel du fait de la pathologie du recourant alors qu'il ressort du rapport du neuropsychologue que des progrès notables avaient pu être observés après plusieurs semaines d'accompagnement sans mention de quelconques difficultés quant à un suivi régulier. Pour le surplus, on peut relever que l'expert a tenu compte de certains des symptômes mentionnés par les psychothérapeutes traitantes du recourant (flashbacks, évitement, hypervigilance et cauchemars) en précisant toutefois que ces symptômes s'étaient estompés trois ans après le traumatisme et qu'ils n'avaient de toute façon aucun impact sur le quotidien.

Enfin, le rapport du 9 novembre 2022 de la Dre D._____ et de la psychologue A._____ produit par le recourant à l'appui de son

recours ne remet pas en cause les conclusions de l'expert. Dans sa première partie, il ne fait que répéter les éléments mentionnés dans les rapports de 8 juillet et 23 décembre 2021 tout en précisant que l'état de stress post-traumatique était en rémission. Il n'apporte ainsi aucun élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert et ne se prononce par ailleurs pas sur la capacité de travail du recourant.

Ensuite, les arguments avancés dans ce rapport pour s'opposer à l'expertise du Dr N._____ ne résistent pas à l'examen. En premier lieu, la Dre D._____ et la psychologue A._____ ont considéré que l'absence d'un traitement antipsychotique et un suivi seulement hebdomadaire étaient liés à la pathologie du recourant et ne permettaient pas d'exclure un trouble psychotique ou délirant floride comme l'avait fait l'expert. Or, ce dernier a également retenu d'autres éléments excluant le trouble précité, à savoir les activités faites par le recourant durant la journée type et l'examen clinique (cf. p. 44 de l'expertise du 30 mai 2022). Toujours selon la Dre D._____ et la psychologue A._____, un trouble délirant n'atteint pas forcément la capacité du patient à faire des tâches ménagères, ni des activités solitaires mais que c'est la relation et la collaboration avec autrui qui sont compliquées dans ce type pathologie. En l'occurrence, l'expert a exposé que le recourant avait de bons contacts avec certains collègues qui l'aidaient ponctuellement (cf. pp. 20 et 43 de l'expertise du 30 mai 2022) et qu'il effectuait un travail occupationnel à 50 % en tant que commis de cuisine depuis sept mois à l'EVAM sans difficultés (cf. p. 14 de l'expertise du 30 mai 2022). A cet égard, le rapport du 9 novembre 2022 a évoqué le fait qu'une mesure occupationnelle n'avait pas les mêmes exigences qu'un travail dans le marché courant de l'emploi sans toutefois démontrer en quoi le recourant ne saurait pas faire face à de telles exigences. Quant au fait que l'expert n'avait pas retenu de trouble de la personnalité paranoïaque alors qu'il avait coché oui à tous les items du diagnostic, celui-ci a expliqué que le recourant ne présentait pas des comportements durables et stables nettement disharmonieux mais seulement disharmonieux, ce qui permettait de ne pas retenir la présence d'un trouble de la personnalité mais seulement des traits de la personnalité paranoïaque depuis le début de l'âge adulte, actuellement

non décompensés (cf. pp. 31 et 40 de l'expertise du 30 mai 2022). Enfin, la Dre D._____ et la psychologue A._____ ont relevé que l'expert faisait mention d'une bonne cohérence sans exagération des plaintes et d'une motivation pour des mesures de réinsertion alors qu'il retenait que le recourant cherchait des bénéfices secondaires. Or, le fait que le recourant soit cohérent avec ses troubles ne l'empêchait pas de chercher à tirer des bénéfices de sa situation. En l'occurrence, l'expert a retenu des bénéfices secondaires chez le recourant dans la mesure où il avait du mal à trouver un emploi adapté à ses désirs sans formation, ni expérience professionnelle suffisante et sans parler le français (cf. p. 20 de l'expertise du 30 mai 2022). La question de l'apprentissage du français est un élément central dans le cas d'espèce où cette problématique s'est posée dès la communication de détection précoce (cf. entretien de détection précoce du 27 septembre 2019 et rapport de l'OAI du 5 février 2021) et semble même être la raison du dépôt de la demande AI (cf. p. 1 du rapport du 9 novembre 2022 de la Dre D._____ et la psychologue A._____). On relèvera cependant que les médecins n'ont pas à tenir compte des difficultés linguistiques d'un assuré ou de particularités comportementales de nature socio-culturelle dans la mesure où il s'agit de critères étrangers à l'atteinte à la santé (ATF 127 V 294 consid. 5a et 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Enfin, on constatera que la question de l'apprentissage du français ne semble pas primordiale pour le recourant, celui-lui souhaitant aller dans un canton suisse-allemand pour apprendre l'allemand et y emmener son fils dans le cadre de ses études (cf. p. 10 du rapport d'expertise du 30 mai 2022).

En définitive, il faut constater que, outre le fait que le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour son patient (cf. consid. 5c *supra*), la Dre D._____ et la psychologue A._____ n'ont pas développé une argumentation propre à démontrer le caractère insoutenable des constatations de l'intimé ou à établir l'existence de doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation de l'expert.

8. Au regard de ce qui précède, il s'impose de retenir que le recourant ne présente aucune atteinte à la santé psychique ou physique

susceptible d'entraver sa capacité de travail et de gain. Il ne peut dès lors prétendre ni à une rente ni à des mesures professionnelles.

9. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 11 octobre 2022 confirmée.

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 recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 11 octobre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de S._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- S._____,
- 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 :