

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 janvier 2025

Composition : M. NEU, président
Mme Rondi et Mme Glas, assesseures
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

P._____, à Lausanne, recourant, représenté par Centre social protestant,
à Lausanne,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 LPGA, 4, 36 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) Par formulaire du 19 mai 2016, l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (ci-après : EVAM) a déposé une demande de détection précoce en faveur de son bénéficiaire P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, originaire du Congo, entré en Suisse le 7 janvier 2013, au bénéfice d'une admission provisoire depuis lors (permis « F »). Il était indiqué, dans la demande, que l'assuré était atteint de problèmes physiques et psychiques.

Dans un rapport du 27 juin 2016, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr V._____, médecin assistant, tous deux exerçant à la consultation de psychiatrie de liaison de la policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après : PMU), ont indiqué que l'assuré y était suivi depuis le mois de juillet 2014. Ils ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.1), de trouble schizotypique (F21) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Ils ont indiqué qu'un taux d'activité supérieur à 50 % dans une activité adaptée à sa problématique physique et psychiatrique, paraissait peu envisageable. Au plan strictement psychiatrique, ils ont relevé que des mesures trop exigeantes ou des attentes trop élevées risquaient d'exacerber la symptomatologie anxio-dépressive, avec également un risque de décompensation sur un mode psychotique.

Par rapport du 28 juin 2016, les Dres D._____, spécialiste en médecine interne générale, et T._____, médecin assistante, auprès de la consultation de médecine générale de la PMU, ont indiqué suivre l'assuré depuis le 21 mars 2013. Elles ont posé les diagnostics suivants :

- Des douleurs scapulaires gauches, irradiant dans le membre supérieur gauche, actuellement en cours d'évaluation, étant précisé qu'une IRM cervicale réalisée le 23 juin 2016 montrait des altérations dégénératives disco-vertébrales étagées, avec plusieurs rétrécissements foraminaux, ainsi qu'un rétrécissement canalaire multi-étagé, sans signe de myélopathie associée.

- Une acromégalie sur macro-adénome hypophysaire réséqué chirurgicalement en avril 2013, cette problématique ayant entraîné une hypertension artérielle, une hypertrophie ventriculaire gauche et un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, ainsi qu'une intolérance au glucose.
- Une hépatite C chronique.
- Une insuffisance rénale chronique.
- Une gammopathie monoclonale à IGG de type lambda (probable MGUS), actuellement stable sans traitement.
- Un status après excision de deux schwannomes du pied droit en février 2014, actuellement sans séquelle sur la mobilité.

Les Dres D._____ et T._____ ont précisé que les limitations physiques de leur patient dans une activité professionnelle étaient principalement liées aux douleurs scapulaires gauches. Elles ont posé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes, ni activité nécessitant d'élever les bras au-dessus de la tête de manière répétée.

A la demande de l'OAI, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 11 juillet 2016 dans laquelle il a notamment indiqué souffrir d'« hypophyse + douleurs articulaires + angoisses + insomnies + dépression + schizophrénie » depuis le mois de janvier 2013. Il a également précisé qu'il avait appris la profession de couvreur en 2002 et 2003 en [...], où il avait travaillé jusqu'en 2005, puis effectué une formation en cuisine auprès de l'EVAM entre avril 2015 et avril 2016.

Par communication du 18 août 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce en trois modules, consistant en un entretien d'évaluation, un bilan et une préparation à l'emploi/stage, auprès de l'organisme [...] à [...] (ci-après : [...]).

Dans un rapport à l'OAI du 5 octobre 2016, la Dre L._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-

diabétologie, médecin au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), a exposé que l'évolution biologique était favorable avec une normalisation du taux d'IGF-1 mais qu'il persistait des plaintes en lien avec [mot illisible] osseuse excessive avant résection de la tumeur (soit l'adénome hypophysaire), c'est-à-dire des céphalées, une asthénie, une fatigabilité et des douleurs chroniques, tout en précisant que ces éléments étaient habituels chez les patients ayant eu une acromégalie, et que la résolution de ces symptômes paraissait improbable. Il y avait également des polypes en lien avec l'acromégalie, à suivre attentivement. La Dre L. _____ a encore indiqué qu'elle n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de son patient.

En annexe à son rapport à l'OAI, la Dre L. _____ a transmis un rapport du 22 juin 2016, qu'elle avait rédigé à l'intention de la Dre T. _____ dans lequel elle précise que l'hypertension artérielle était traitée et dans la norme, qu'il persistait une hypertrophie ventriculaire gauche, que le patient utilisait régulièrement son appareillage pour l'apnée du sommeil, qu'il était surveillé en gastro-entérologie pour des polypes et des coliques ainsi que suivi pour son hépatite C chronique.

Par rapport à l'OAI du 10 octobre 2016, les Drs K. _____ et V. _____ ont répété les diagnostics posés dans le rapport du 27 juin 2016 précité. Ils ont précisé que ces diagnostics étaient constatés depuis le début de la prise en charge à la consultation psychiatrique de liaison de la PMU en juillet 2014, mais que leurs dates d'apparition étaient inconnues. Au plan psychopharmacologique, un traitement antidépresseur avait été introduit (Mirtazapine 30 mg/jour) avec un effet satisfaisant sur le sommeil et l'humeur, malgré une symptomatologie résiduelle. Un traitement neuroleptique avait également été introduit pour tenter de soulager les symptômes psychotiques (Aripiprazole, 10 mg/jour), et il semblait que ce traitement ait eu un effet favorable avec une diminution des hallucinations. S'agissant du pronostic, les Drs K. _____ et V. _____ expliquaient que leur patient semblait avoir atteint un état de relative stabilité avec la prise en charge intégrée et le traitement médicamenteux. Il était cependant peu probable que la symptomatologie résiduelle puisse

un jour être complètement résolue et il semblait plus raisonnable d'apprendre, dans la mesure du possible, à composer avec ces éléments. La stabilité restait fragile et il n'était pas exclu que l'exposition à des facteurs de stress intenses ou répétés puisse exacerber la symptomatologie anxio-dépressive et psychotique. Les Drs K._____ et V._____ recommandaient de maintenir un suivi psychiatrique de soutien et d'adapter le traitement médicamenteux en fonction de l'évolution clinique. Ils relevaient par ailleurs qu'on pouvait s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle à 50 % dès le 1^{er} septembre 2016, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du patient. S'agissant de celles-ci, les Drs K._____ et V._____ ont indiqué qu'il y avait un risque de sentiment de concernement et de persécution dans les situations stressantes, une anxiété envahissante, des attaques de panique, une irritabilité et un débordement de tristesse, ainsi qu'une vulnérabilité au stress avec risque d'exacerbation anxio-dépressive, de péjoration des symptômes psychotiques, une difficulté à garder ses moyens et une tendance à se désorganiser dans les situations de stress. Les médecins précités ont ajouté que leur patient présentait une fatigabilité accrue avec un risque de s'épuiser physiquement et psychiquement.

Dans un nouveau rapport à l'OAI du 13 janvier 2017, les Drs [...], médecin praticien, et T._____, tous deux médecins à la PMU, ont précisé que les diagnostics de douleurs cervico-scapulaires gauches chroniques avec altérations dégénératives disco-vertébrales étagées, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F 33.1), de trouble schizotypique (F 21) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0) avaient un effet sur la capacité de travail de l'assuré. Ils ont également indiqué que ces diagnostics étaient présents depuis le printemps 2016 pour le premier cité et depuis 2014 pour les autres. Quant aux autres diagnostics cités dans le rapport du 28 juin 2016 de la PMU (à savoir l'acromégalie et ses conséquences, l'hépatite C chronique, l'insuffisance rénale chronique, la gammopathie monoclonale à IGG de type lambda et le status après excision de deux schwannomes du pied droit en février 2014), ils étaient sans influence sur la capacité de travail et existaient tous depuis 2013,

excepté le dernier qui existait depuis 2014. Ils ont indiqué les limitations fonctionnelles suivantes au plan physique et psychique : pas de port de charges lourdes, pas de travail avec les bras au-dessus de la tête ; capacités de concentration, d'adaptation et de résistance diminuées. Selon ces médecins, la capacité de travail de l'intéressé était d'environ 50 % dès à présent.

Dans un avis du 21 août 2017, la Dre M._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu que l'assuré avait une atteinte incapacitante de longue durée au plan psychiatrique, actuellement stabilisée, avec une évolution favorable, mais qu'il persistait une certaine fragilité psychologique. Elle a par ailleurs estimé que l'assuré présentait cette atteinte au plan psychologique très probablement avant son arrivée en Suisse en janvier 2013. Au vu du dossier, il avait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physique et psychique dès le mois de janvier 2017. Selon la Dre M._____, il convenait toutefois de réinterroger les Drs T._____ et K._____ en novembre 2017, ceux-ci étant invités à préciser l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée au plan somatique et psychique depuis septembre 2016, respectivement décembre 2016. La Dre M._____ estimait encore qu'un consilium rhumatologique devait être effectué auprès de la PMU.

Il ressort d'un rapport du 31 août 2017 du Dr W._____, spécialiste en urologie, médecin auprès du CHUV, qu'un cancer de la prostate avait été diagnostiqué chez l'assuré et que la suite de la prise en charge était en cours d'évaluation ; le médecin ajoutait que du point de vue de sa spécialité, il n'y avait pour le moment pas d'incapacité de travail.

Dans un rapport à l'OAI du 27 septembre 2017, la PMU a indiqué que la capacité de travail de l'intéressé était toujours de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiatriques.

Par rapport à l'OAI du 24 octobre 2017, les Drs [...], spécialiste en médecine interne générale, et T._____, tous deux médecins auprès de la consultation de médecine générale de la PMU, ont indiqué, s'agissant de l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis le mois de décembre 2016, qu'il présentait des douleurs dorso-lombaires chroniques ayant fluctué ces derniers mois, que l'année 2017 était surtout marquée par un cancer de la prostate et la découverte d'un problème à la thyroïde, ce qui avait aggravé sa symptomatologie anxieuse. Ils ajoutaient qu'un contrôle ORL en juillet 2017 avait mis en évidence une macro-lithiase intra-glandulaire sous-maxillaire droite, pour laquelle une sous-maxillectomie devrait être programmée prochainement. Quant à la capacité de travail, il paraissait toujours difficile d'envisager une activité à un taux supérieur à 50 % en raison des problèmes somatiques et psychologiques, ainsi que du risque de déstabiliser la situation fragile surtout au plan psychiatrique.

Dans un rapport à l'OAI du 27 novembre 2017, le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de dorso-lombalgies, sciatalgies gauches chroniques non déficitaires et de cervico-scapulalgies bilatérales fluctuantes avec parfois des irradiations C6-C7 gauches non déficitaires. L'évolution de l'état de santé était stationnaire depuis septembre 2016. Le médecin ajoutait que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité de cuisinier depuis au moins un an et que dans une activité adaptée, elle pourrait être de 50 % dans un premier temps avec une tentative d'augmentation progressive jusqu'à 100 % par la suite. Le médecin a indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge, pas de station statique prolongée ; nécessité d'une activité permettant l'alternance des positions assise et debout, sans porte-à-faux du tronc, sans escaliers ni positions accroupies.

Dans un avis SMR du 11 décembre 2017, la Dre M._____ a indiqué que, vu les multiples atteintes à la santé au plan somatique, les investigations en cours, l'atteinte psychiatrique stabilisée depuis environ un an (en l'absence de stress), il n'y avait pas d'argument pour s'écarter des appréciations des médecins internistes et psychiatres qui retenaient

une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Quant aux nouvelles atteintes à la santé que présentait l'assuré (tumeur de la prostate, lithiase maxillaire, traitement de l'hépatite C), elles pouvaient, selon la Dre M._____, causer des périodes transitoires d'incapacité de travail. La Dre M._____ a fixé le début de la longue maladie à mars 2013 (prise en charge à la PMU) et retenu des limitations fonctionnelles aux plans psychiatrique et ostéo-articulaire. Elle a recommandé d'interroger à nouveau les médecins traitants internistes et psychiatres de l'assuré en mai 2018 afin de faire un nouveau point sur l'évolution de la situation, avant de fermer le dossier.

A la demande de l'OAI, le Dr A.H._____, médecin auprès de la consultation de médecine générale de la PMU, a indiqué, dans un rapport du 10 juillet 2018, qu'étaient toujours présents les diagnostics avec effets sur la capacité de travail de cervico-scapulalgie bilatérale fluctuante avec parfois des irritations C6-C7 gauches non déficitaires et des lombalgies chroniques intermittentes dépendant de la position. Au plan psychiatrique, il a rappelé la présence de troubles dépressifs récurrents, épisodes actuels légers sans syndrome somatique (F33.1), d'un trouble schizotypique (F21) et d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Il a renvoyé aux précédents rapports de la PMU s'agissant des autres comorbidités. A la question de savoir quelle était l'évolution de la capacité de travail de l'intéressé depuis son dernier rapport, le Dr B.H._____ a répondu que le patient rapportait une diminution notable des douleurs à l'épaule gauche et dans la région lombaire, qui n'étaient actuellement pas invalidantes ; par ailleurs les lombalgies survenaient en cas de position statique en porte-à-faux, essentiellement lorsqu'il était penché en avant. Selon le Dr A.H._____, la capacité de travail de son patient était de 0 % dans son activité de cuisinier, trop exigeante, mais elle était de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques, liées à ses problèmes lombaires et scapulaires, ainsi que psychiatriques.

Dans un rapport du 19 juillet 2018 à l'OAI, les Dr K._____ et [...], médecin assistante, ont indiqué qu'au plan psychiatrique, la situation

de l'intéressé était stationnaire en comparaison au dernier rapport du 27 septembre 2017 ; les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient les mêmes et la capacité de travail était toujours de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiatriques.

Dans un nouvel avis SMR du 7 novembre 2018, la Dre M._____ a résumé la situation de la manière suivante compte tenu des derniers rapports médicaux des Drs A.H. _____ I et K. _____ : la capacité de travail de l'assuré était de 0 % dans l'activité habituelle, car cette activité était inconciliable avec ses limitations physiques et psychiatriques. Toutefois, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles psychiatriques (pas de stress, ni de surcharge de travail, nécessité d'avoir une activité de jour, un horaire régulier et des périodes de repos) et ostéoarticulaires (pas de port de charge de plus de 10 kg, ni d'efforts, ni de rendement soutenu), la capacité de travail était de 50 %, dès septembre 2016. La Dre M._____ a également relevé que l'atteinte psychiatrique dont souffrait l'assuré (trouble schizotypique) était grave et apparaissait généralement au début de l'âge adulte (entre 15 et 30 ans), de sorte qu'il était fort probable que l'assuré présentait déjà cette maladie à son arrivée en Suisse.

Dans un projet de décision du 5 mars 2019, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il n'avait droit ni à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel, car les conditions générales d'assurance n'étaient pas réunies (art. 36 al. 1 LAI).

Par courrier du 1^{er} avril 2019, l'assuré a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision, relevant que l'OAI n'avait pas tenu compte des maladies qui avaient été diagnostiquées après son arrivée en Suisse, en particulier que ses problèmes de dos, de hanche et à l'épaule gauche avaient commencé en 2015. Il a rappelé qu'il avait eu un cancer de la prostate en 2017 pour lequel il avait été opéré en 2018, et que ses difficultés au plan psychiatrique étaient survenues en 2014.

Dans un rapport du 3 mai 2019 à l'OAI, les Drs A._____ et A.H._____, médecins auprès d'unisanté (Centre universitaire de médecine générale et de santé publique, anciennement : la PMU), ont rappelé que l'assuré avait des comorbidités secondairement à l'adénome hypophysaire réséqué en 2013, que des cervicalgies et des lombalgies chroniques étaient apparues dans le courant de l'année 2015 lors de sa formation d'aide-cuisinier, qu'elles survenaient à la station debout prolongée, en porte-à-faux et obligeaient l'intéressé à interrompre son travail, ce qui limitait sa capacité de travail. En 2019, une bursite sous acromio-deltoïdienne au niveau de l'épaule avait été diagnostiquée. L'intéressé avait par ailleurs présenté une adéno-carcinome prostatique traité par prostatectomie, un adénome thyroïdien traité par hémithyroïdectomie le 5 décembre 2017 et une siladénose traitée par sous-maxillectomie à cette même date. Elle ajoutait que l'insuffisance rénale chronique pouvait participer à la fatigue et à un abaissement de la tolérance à l'effort. Sur le plan psychiatrique, les médecins précités ont exposé ce qui suit :

Au début de la prise en charge, en juillet de 2014, un diagnostic de personnalité paranoïaque a été retenu car nous avons décelé des troubles du cours de la pensée, sans délires francs, une méfiance, une interprétativité et des difficultés relationnelles. A ce moment, Monsieur P._____ ne présentait pas des troubles de la perception, ni des idées délirantes persistantes. Dans le courant de l'année 2015, nous constatons une péjoration progressive de son état psychique avec une aggravation du trouble de la pensée et l'apparition d'hallucinations acoustico-verbales. En 2016, le trouble de la perception se péjore avec l'apparition d'hallucinations visuelles et un traitement neuroleptique (Aripiprazole 10 mg) est proposé. Compte tenu de la présence d'effets secondaires, Monsieur P._____ demande d'arrêter son traitement neuroleptique au bout de quelques mois. Même si le traitement neuroleptique a eu un effet favorable avec une diminution des symptômes psychotiques, nous avons convenu de l'arrêter car Monsieur P._____ souhaitait arrêter toute thérapie à ce moment, avec un risque avéré de la rupture du lien thérapeutique. Il a pu progressivement investir dans le suivi psychiatrique, malgré la présence continue des troubles de la pensée et les difficultés relationnelles liés avec ceux-ci. Un lien de confiance a pu s'instaurer, et ceci a été primordial pour la continuité de la prise en charge psychiatrique.

S'agissant de la capacité de travail, les médecins précités ont indiqué qu'elle était de 40 à 50 % dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles, compte tenu de la situation physique et psychiatrique dans son ensemble.

Dans une décision du 22 août 2019, l'OAI a confirmé son projet de refus de prestations du 5 mars 2019. Par courrier séparé du même jour, l'OAI a précisé qu'au vu des renseignements en sa possession, il retenait que l'atteinte à la santé de l'assuré au plan psychiatrique entraînait une incapacité de travail et de gain de 100 % et était antérieure à son arrivée en Suisse. Dès lors, bien que d'autres atteintes à la santé étaient venues s'ajouter après son entrée en Suisse, son atteinte psychique ne permettait déjà pas l'exercice d'une activité lucrative.

b) Par acte du 20 septembre 2019, l'assuré a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'octroi de prestations d'invalidité. Il a fait valoir que l'OAI n'avait pas pris en compte les atteintes à la santé invalidantes survenues après son arrivée en Suisse, telles qu'exposées notamment par le Drs A. _____ et A.H. _____ dans leur rapport du 3 mai 2019.

Dans un arrêt du 8 octobre 2020, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. La Cour de céans a retenu que la date à laquelle l'atteinte à la santé psychiatrique était devenue invalidante ne pouvait être déterminée au vu du dossier. Sur le plan somatique, l'intimé n'avait pas retenu la présence d'une atteinte à la santé invalidante, alors que les Drs G. _____ et A.H. _____ avaient attesté que les dorso-lombalgies, les sciatalgies et les cervico-scapulalgies étaient incapacitantes. Par ailleurs, la Dre T. _____ estimait que l'assuré disposait d'une capacité de travail maximale de 50 % sans que l'on sache si cette incapacité concernait l'activité habituelle ou une activité adaptée ni si l'incapacité de travail était due à ses atteintes somatiques ou psychiatriques ou les deux. Il incombait dès lors à l'OAI de recueillir des rapports des médecins traitants pour la période allant du début du suivi psychiatrique, qui avait commencé

en juillet 2014, au mois de juin 2016, date des premiers rapports au dossier. Il fallait également obtenir des précisions auprès de la Dre T._____ par rapport aux points susmentionnés.

B. L'OAI a dès lors repris l'instruction de la cause.

Dans un rapport du 11 février 2021 à l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, médecin au CHUV, a relevé que l'assuré était suivi pour surveiller les retentissements de l'acromégalie, au moyen d'un suivi endocrinien hormonal et par imagerie tous les deux ans. Le Dr J._____ a rappelé que le patient présentait plusieurs signes dysmorphiques séquellaires à l'acromégalie, avec notamment des atteintes cardiovasculaires et articulaires, raison pour laquelle il considérait qu'une capacité de travail de 100 % ne pouvait pas être attendue. Il a ajouté qu'actuellement il y avait une rémission biologique et radiologique à l'acromégalie, avec néanmoins la persistance d'un certain retentissement clinique au vu d'un diagnostic probablement tardif. Il précisait encore que l'anamnèse récente était marquée par des malaises dont l'origine était possiblement hypotensive. Comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, le Dr J._____ a indiqué, outre l'acromégalie, une arthropathie goutteuse avec crises à répétition, une hypertension artérielle, des lombalgies chroniques et une discarthrose cervicale étagée. Était par ailleurs signalée la présence d'un prédiabète sous mesures hygiéno-diététiques, sans influence sur la capacité de travail.

Avec son rapport du 11 février 2021 susmentionné, le Dr J._____ a joint un rapport du 12 août 2020 qu'il avait adressé au Dr A.H._____ dans lequel il faisait état des diagnostics suivants :

- Acromégalie sur macro-adénome somatotrope diagnostiquée en février 2013, avec résection le 3 avril 2013. Il y avait une rémission biochimique soutenue avec des valeurs dans la norme en mai 2020 et une rémission radiologique avec une absence de résidu tumoral (dernière IRM en juin 2020). Il a indiqué, comme cela ressort également du rapport du 28 juin 2016 des Dres D._____ et

T._____, que cette atteinte avait comme conséquences une hypertension artérielle sous bithérapie (bon contrôle en 2019), une intolérance au glucose, une cardiopathie hypertensive qui était suivie annuellement, un syndrome des apnées du sommeil qui était appareillé avec une réponse excellente au traitement et des polypes au niveau du colon. Il a ajouté qu'il y avait une obésité de classe I avec un IMC à 30,6 kg/m² le 11 août 2020.

- Une lobectomie thyroïdienne gauche.
- Une diminution persistante de la qualité de vie.

Le Dr J._____ faisait encore état des comorbidités et antécédents ressortant pour l'essentiel des rapports antérieurs de la PMU, à savoir : un adénocarcinome prostatique réséqué le 17 janvier 2018, une hépatite C chronique, une hépatite B ancienne, un trouble dépressif récurrent, un trouble schizotypique et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, des lombalgies chroniques, une discarthrose cervicale avec rétrécissement canalaire C2-C7, une gammopathie monoclonale, une insuffisance rénale chronique, une sialadénose traitée par sous-maxillectomie droite le 5 décembre 2017. Était encore signalée la présence d'une arthropathie goutteuse sous bithérapie.

Dans un rapport du 17 février 2021 à l'OAI, la Dre [...], spécialiste en médecine générale, médecin auprès d'unisanté, s'est référée au rapport du 28 juin 2016 des Drs D._____ et T._____ s'agissant des antécédents de l'intéressé avec et sans effets sur la capacité de travail. Elle a par ailleurs indiqué que le patient avait des crises de goutte au niveau de l'hallux gauche notamment depuis le mois de septembre 2020. Les lombalgies et les douleurs aux épaules étaient toujours présentes lorsqu'il restait debout plus de 10 minutes. Le patient avait également présenté des épisodes hypotensifs symptomatiques. La Dre [...] estimait que la capacité de travail de l'assuré pouvait être de 40 à 50 %, à raison d'une demi-journée par jour, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physique et psychique. Elle a indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : un environnement calme, des

exigences de rendement limitées, une position majoritairement assise et sans port de charges lourdes, ainsi que des exigences faibles en termes de capacité respiratoires dans la mesure où le patient était très vite dyspnéique dans le contexte de l'obésité et de l'hypertrophie ventriculaire gauche ; les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées en raison du trouble dépressif et de la schizophrénie. La Dre [...] a encore indiqué que les limitations étaient présentes depuis 2015-2016. Il était envisagé de poursuivre un suivi régulier en médecine générale, à raison d'une consultation tous les un à deux mois afin de pouvoir centraliser les informations concernant les multiples suivis spécialisés du patient.

Dans un rapport du 15 juillet 2021 à l'OAI, le Dr K._____ a rappelé que l'assuré était suivi dans le service de psychiatrie d'unisanté depuis 2014 ; il était vu actuellement à un rythme d'une fois toutes les deux à trois semaines avec augmentation du rythme durant les périodes de crise. Le Dr K._____ a posé le diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1), présent depuis avril 2016. Il estimait qu'il y avait une incapacité totale de travail depuis le mois de décembre 2017 et précisait que la poursuite d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier était indispensable. L'instauration d'un traitement neuroleptique était également nécessaire mais très difficile en raison de la méfiance du patient à l'égard d'un tel traitement, étant précisé qu'il n'avait pas pu supporter les effets secondaires des molécules neuroleptiques essayées par le passé. Le Dr K._____ a décrit les antécédents et l'évolution médicale de la manière suivante :

Sur le plan psychiatrique, Monsieur P._____ nous a été adressé, en juillet 2014, pour une évaluation, dans le cadre de sa prise en charge somatique complexe. Il présentait à ce moment une symptomatologie anxieuse, en lien avec le contexte social précaire et sa santé physique. De plus, il avait des difficultés relationnelles au sein du Centre EVAM. Au début de la prise en charge, un diagnostic de personnalité paranoïaque (60.0) a été retenu, car des troubles du cours de la pensée sans délires francs, une méfiance, une surinterprétativité, et des difficultés relationnelles ont été constatés. Le discours du patient était souvent centré sur ces difficultés interpersonnelles. En parallèle, il présentait un épisode dépressif léger (F32.0). Cependant, en 2014,

nous n'avons pas constaté la présence des troubles perceptifs, ni d'idées délirantes persistantes.

Durant 2015, nous avons constaté une péjoration progressive de l'état psychique de Monsieur P._____. Nous avons observé une aggravation des troubles de la pensée, mais toujours sans idées délirantes franches, troubles du discours et de l'apparition des premières hallucinations acoustico-verbales (un oiseau lui parle et critique ses actes), mais sans que celles-ci soient envahissantes. Ses symptômes ont été contrôlés avec la prise de Temesta et le suivi psychiatrique et psychothérapeutique intensif (1-2x/semaine). Un traitement neuroleptique a été proposé et la prescription du Seroquel a été faite, malgré la méfiance du patient. Toutefois, il rapporte avoir mal supporté ce médicament. Vu l'évolution du tableau clinique, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.1), d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble schizotypique (F21) ont été retenus à ce moment.

En 2016, les troubles perceptifs se sont péjorés avec l'apparition d'hallucinations visuelles et un traitement neuroleptique (Aripiprazole 10 mg) a été introduit en mai 2016, avec un effet globalement favorable. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (33.1), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et de trouble schizotypique (F21) versus de schizophrénie paranoïde (F20.0) ont été rapportés, une demande AI ayant été établie en octobre 2016. Cependant, compte tenu de la présence d'effets secondaires de son traitement neuroleptique, Monsieur P._____ a demandé de l'arrêter au bout de quelques mois. Malgré l'effet favorable de ce traitement, avec une diminution des symptômes psychotiques, nous avons convenu de suivre le souhait du patient, vu un risque avéré d'une rupture du lien thérapeutique. Ce dernier a pu progressivement réinvestir le suivi psychiatrique, malgré la présence continue des troubles de la pensée et les difficultés relationnelles liées à ceux-ci. Un lien de confiance, fragile mais présent, a pu s'instaurer, lien qui est primordial pour la continuité de la prise en charge psychiatrique.

Durant 2017, une reprise des mesures socioprofessionnelles a été tentée, mais sans succès, l'exacerbation des symptômes anxieux et psychotiques présente face à cet essai ayant amené à son arrêt. En parallèle, en fin 2017, il a été traité pour des multiples pathologies organiques, ayant subi plusieurs opérations et modifications de son traitement. Une péjoration de son état psychique a été constatée durant cette période (décembre 2017), qui a duré durant 2018 avec entre autres un nouveau risque de rupture de son suivi psychiatrique durant l'été 2018. Un suivi stable a pu être instauré par la suite, au sein duquel le patient a pu mieux accepter sa pathologie psychiatrique et ses limites.

Comme détaillé dans le rapport de la Dre A._____, (2019) au vu la persistance et la présence franche des symptômes psychotiques, avec une évolution vers une chronicité, le diagnostic de schizophrénie paranoïde a été retenu. Actuellement, en prenant en compte le fait que le patient présentait des symptômes thymiques (dépressifs) en parallèle de la présence des symptômes schizophréniques, nous pouvons retenir un trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1). Ce diagnostic peut être retenu rétrospectivement depuis avril 2016, l'évolution chronique des premiers symptômes psychotiques francs

(présents à ce moment) ayant été confirmée à la suite de la prise en charge.

En ce qui concerne les antécédents somatiques, nous relevons que Monsieur P._____ souffre de multiples comorbidités, en partie développées secondairement à un macro-adénome hypophysaire (2013). De plus, il a développé des cervicalgies et des lombalgies chroniques lors de sa formation d'aide cuisinier, en 2015. Un adénocarcinome prostatique PT2c pN0 R1 a été traité par prostatectomie radicale en 2017 et un adénome folliculaire thyroïdien gauche (Bethesda IV) traité par hémithyroïdectomie. Une sialadénose avec macrolithiase intraglandulaire sous-maxillaire droite a été traité par sous-maxillectomie droite en décembre 2017. Une bursite sous-acromio-deltoïdienne prononcée en 2019, avec absence d'amélioration depuis plus que 5 mois malgré une prise en charge adéquate. De plus, il présente une insuffisance rénale chronique stade G3A1.

Le Dr K._____ a encore indiqué la présence de limitations fonctionnelles au plan psychiatrique.

Dans un avis SMR du 22 novembre 2021, la Dre B.H._____ a estimé qu'il fallait mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec des volets de médecine interne, orthopédique et psychiatrique, afin de pouvoir évaluer séparément l'effet sur la capacité de travail des atteintes psychiatriques et somatiques, la date de leur survenance et leurs répercussions depuis ce moment.

A la demande de l'OAI, une expertise pluridisciplinaire a été réalisée par les Drs N._____, spécialiste en médecine interne générale, X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre d'expertises médicales SMEX à [...]. Les experts ont rendu leur rapport le 11 avril 2022. Les examens cliniques et entretiens avec l'expertisé ont eu lieu le 26 janvier 2022 pour le volet psychiatrique, et le 23 février 2022 pour les volets de médecine interne et d'orthopédie. Les experts ont retenu les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de scapulalgies bilatérales sur bursite sous-acromiale mise en évidence par une échographie à gauche en 2019, de lombalgies basses sur probable lésion dégénérative non iconographiée, de cervicalgies sans lésions compressives, mais mettant en évidence des discopathies cervicales étagées, de status après malaises attribués à une

hypotension iatrogène dès 2018, d'allergie aux produits de contraste iodés. Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, ils ont retenu des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substance psychoactives multiples, un syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F19.20), des traits de personnalité émotionnellement labiles vraisemblables, une hypertension artérielle, un excès pondéral, une cardiopathie hypertensive avec hypertrophie ventriculaire gauches, une incontinence urinaire, un syndrome des apnées du sommeil traitée, une insuffisance rénale chronique de stade G3A 1, un status après intolérance au glucose, un status après acromégalie sur macro-adénome hypophysaire somatotrope diagnostiqué en février 2013 et réséqué par abord trans-sphénoïdal le 03.04.2013, actuellement en rémission, une sialadénose avec macrolithiase intraglandulaire sous-maxillaire droite traitée par sous-maxillectomie droite le 05.12.2017, un status après prostatectomie le 17.01.2018, une gammopathie monoclonale, une hépatite C chronique génotype 1a, un status après traitement par Elbasvir / Grazoprévir (Zepatier) pendant 12 semaines dès mars 2018, une hépatite B ancienne, une utilisation d'alcool nocive pour la santé, des polypes hyperplasiques multiples au niveau du côlon et un status après lobectomie thyroïdienne gauche.

Les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 0 % dans l'activité exercée jusqu'ici (aide de cuisine), d'un point de vue interdisciplinaire. Ils ont précisé que la capacité de travail dans l'activité habituelle avait toujours été de 100 % d'un point de vue psychiatrique et qu'elle était de 0 % du point de vue orthopédique depuis l'IRM de juin 2016. Au plan de la médecine interne, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 90 % depuis au moins 2013 avec le diagnostic d'acromégalie, une baisse de rendement de 10 % étant retenue du fait de la multiplicité des atteintes à la santé ; la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 0 % depuis le 1^{er} janvier 2018 en raison des malaises attribués à l'hypotension iatrogène, cette activité ne respectant vraisemblablement pas le profil d'effort. Les experts ont précisé que l'assuré avait présenté des incapacités de travail transitoires en décembre 2017, en raison de la sialadénose et de la lobectomie

thyroïdienne et, en 2018, en raison de la prostatectomie. Les experts ont estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, sa capacité de travail était de 90% d'un point de vue interdisciplinaire, étant précisé qu'elle avait toujours été de 100 % aux plans psychiatrique et orthopédique et qu'elle était de 90 % depuis au moins 2013 (avec le diagnostic d'acromégalie) du point de vue de la médecine interne. Les experts ont fixé des limitations fonctionnelles au plan orthopédique (pas d'activité debout prolongée, pas de porte-à-faux, pas de charge dépassant 5 kg, activité principalement assise avec possibilité de se lever, pas d'effort au-dessus de la ceinture scapulaire des 2 côtés) et de la médecine interne (activité en position le plus souvent assise ou permettant de s'asseoir immédiatement en cas de malaise, sans utilisation d'objets, outils ou machines potentiellement dangereux en cas de malaise, pas de conduite automobile, pas d'exposition aux produits de contraste iodés). Au plan psychiatrique, l'expert O._____ a indiqué qu'il n'y avait aucune pathologie invalidante, estimant que les diagnostics de schizophrénie ou de trouble psychotique n'étaient pas vraisemblables. Cet expert n'a pas non plus retenu de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique.

Par avis SMR du 4 mai 2022, la Dre B.H._____ a estimé que l'expertise du SMEX était probante et qu'il n'y avait pas de raisons de s'en écarter. L'OAI a dès lors retenu que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était de 90 % dès 2013 puis de 0 % dès juin 2016 pour des motifs de médecine interne et orthopédique. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à la médecine interne, la capacité de travail était de 90 % dès 2013. La Dre B.H._____ a par ailleurs retenu les limitations fonctionnelles fixées dans l'expertise du SMEX : activité en position le plus souvent assise ou permettant de s'asseoir immédiatement en cas de malaise, sans utilisation d'objet, outil ou machine dangereux, sans conduite automobile, ni exposition aux produits de contraste iodés, ni activité debout prolongée, ni porte-à-faux, ni port de charge de plus de 5 kg, activité principalement assise avec possibilité de se lever, sans effort au-dessus du niveau des épaules.

Dans un projet de décision du 10 octobre 2022, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. L'OAI a retenu que l'assuré avait une capacité de travail de 90 % depuis 2013, puis de 0 %, dans son activité habituelle ; dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré telles que décrites par les experts du SMEX, sa capacité de travail était de 90 % dès 2013. Son taux d'invalidité s'élevait donc à 10 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

Le 9 novembre 2022, l'assuré a formulé des observations au projet de décision du 10 octobre 2022, contestant la capacité de travail retenue par les experts au plan somatique, en faisant valoir que la plupart des médecins généralistes l'ayant suivi depuis 2016 avaient retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. L'assuré a produit à cet égard un rapport du 3 novembre 2022 de la Dre [...] à l'OAI, dans lequel la médecin indiquait que son patient ne pouvait pas travailler à un taux de 90 % même dans une activité adaptée, vu ses atteintes à la santé au plan somatique, tout en relevant que la plupart de ses collègues généralistes ayant fait un rapport à l'OAI depuis 2016 avaient retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé. La Dre [...] relevait aussi que les douleurs musculo-squelettiques multiples impactaient le quotidien de l'assuré qui demandait de l'aide pour faire la cuisine, les courses et le ménage. L'assuré a aussi contesté l'évaluation de son état de santé psychiatrique, en se référant à l'avis de son psychiatre traitant et requérant un délai afin de produire un rapport de ce médecin.

Dans un rapport du 22 novembre 2022 à l'OAI, les Drs K._____ et [...] ont relevé que tous les thérapeutes ayant suivi l'assuré auprès de la consultation de psychiatrie de liaison depuis mars 2013, avaient considéré que sa capacité de travail était fortement atténuée voire inexistante. Les psychiatres traitants de l'assuré ont par ailleurs signalé des manquements et des incohérences dans l'évaluation du Dr O._____.

Dans un avis SMR du 23 décembre 2022, le Dr C._____, spécialiste en médecine du travail, a indiqué que les deux rapports sur lesquels s'appuyait l'assuré n'apportaient pas d'élément nouveau et que les critiques à l'encontre de l'expertise n'étaient pas suffisantes pour remettre en cause les conclusions de cette dernière.

Dans une décision du 12 janvier 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 10 octobre 2022 refusant d'octroyer à l'assuré des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Dans un courrier séparé daté du même jour, l'OAI a exposé que les éléments apportés par les médecins de l'assuré à l'encontre de l'expertise du SMEX ne permettaient pas de remettre en cause la valeur probante de cette dernière.

C. Par acte du 9 février 2023, P._____, représenté par le Centre social protestant (ci-après : CSP), recourt contre la décision de l'OAI du 12 janvier 2023 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à l'issue du délai d'attente. En substance, il remet en cause la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise et estime qu'il faut retenir l'appréciation de ses médecins psychiatres, tant en raison de leur expertise que de son long suivi auprès de cette unité. Il produit avec son recours un rapport du 8 février 2023 des Drs K._____, [...] et [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquels remettent en cause les conclusions de l'expert O._____, réfutant en particulier les ressources attribuées par l'expert à l'assuré. Les psychiatres traitants maintiennent que l'assuré présente un trouble schizo-affectif.

Dans sa réponse du 23 mars 2023, l'OAI conclut au rejet du recours, faisant valoir que l'expertise du SMEX est probante et qu'il n'y a dès lors pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire, se référant à un avis médical du SMR du 17 mars 2023 qu'il produit. Dans cet avis, le Dr C._____ estime que l'expert O._____ a clairement expliqué pourquoi il

retenait que le diagnostic d'une schizophrénie ou d'un trouble psychotique n'était pas vraisemblable. Le Dr C._____ relève que les psychiatres traitants n'ont pas expliqué comment l'assuré avait pu se présenter à l'expert sans aucun signe direct ou indirect en faveur de la présence d'un trouble psychotique ou dépressif, calme, détendu, avec un contact chaleureux alors que sa prétendue atteinte à la santé serait chronique, sévère et durable et justifierait une incapacité de travail totale depuis plusieurs années. Le Dr C._____ ajoute enfin que les psychiatres traitants n'ont pas pris en compte, dans leur appréciation, la présence d'un syndrome de dépendance actuellement abstinente alors que l'expert O._____ a tenu compte de cet élément, en mettant en évidence les ressources personnelles qu'il avait fallu à l'assuré pour accéder aux soins, maintenir son abstinence et pour entreprendre le parcours migratoire qu'il avait effectué.

Le 30 mars 2023, le recourant produit un rapport rédigé par [...] du 17 mars 2023 duquel il ressort que cette entreprise était intervenue sur appel de l'assuré, à son domicile. Il est rapporté un malaise sans perte de connaissance.

Par courrier du 13 avril 2023, l'OAI indique que ce document n'apporte aucun élément nouveau de nature à remettre en cause sa prise de position.

Dans sa réplique du 17 avril 2023, le recourant répète qu'on ne peut pas comparer le temps d'observation du patient durant une expertise et un suivi psychiatrique sur plusieurs années. Il ajoute que sa capacité à se détendre parfois durant un entretien et à avoir un discours globalement cohérent n'exclut pas un diagnostic de trouble schizo-affectif. S'agissant de l'intervention d'urgence du 17 mars 2023 faisant suite à une crise de panique, elle est selon lui symptomatique de ses troubles, ce qui ressort déjà du rapport du Dr K._____ du 15 juillet 2021. Enfin, le recourant fait valoir que le fait qu'il soit conscient de ses symptômes n'exclut nullement la présence de troubles d'ordre psychiatrique.

Par courrier du 25 avril 2023, le juge instructeur fait savoir aux parties qu'une expertise judiciaire psychiatrique doit être mise en œuvre et qu'il envisage de la confier au Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Les parties ne formulent aucune objection à l'égard de la nomination du Dr Z._____ comme expert.

L'expert Z._____ s'est entretenu à son cabinet médical avec le recourant les 26 et 28 juin 2023, ainsi que par téléphone les 26, 27 juillet et 11 août 2023 et a rendu son rapport d'expertise le 23 août 2023. L'expert Z._____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif en rémission partielle (F32.4), de trouble anxiété généralisée (F41.1) et de trouble schizotypique (F21), selon les critères et la terminologie de la CIM-10. Il a également réalisé un diagnostic différentiel au terme duquel il a écarté un état de stress post-traumatique (F43.1), une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) ainsi qu'une schizophrénie paranoïde (retenue en 2019) qui aurait évolué vers un trouble schizo-affectif de type dépressif. Il a également exclu la présence d'un trouble anxieux spécifique, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'un problème en lien avec des substances psychoactives et d'un trouble de la personnalité autre que le trouble schizotypique. L'expert Z._____ a encore écarté les diagnostics de troubles factices (F68.1) et de simulation (Z76.5). Il a estimé que le tableau clinique était cohérent. Il a retenu que l'expertisé présentait une incapacité de travail de 100 % dans toute activité, au moins depuis le mois de mars 2013. Pour l'expert, l'incapacité de travail de l'intéressé était restée globalement de 100% depuis lors en raison du trouble schizotypique, essentiellement.

Dans ses déterminations sur l'expertise du 17 octobre 2023, le recourant relève que l'expertise confirme, à quelques éléments près, l'appréciation de ses psychiatres traitants, en retenant principalement le diagnostic de trouble schizotypique. Le recourant considère cependant que l'expert ne peut pas être suivi s'agissant de la date retenue pour fixer le début de l'incapacité de travail, étant donné qu'il a été suivi par l'Office

régional de placement (ORP) dès le mois de mars 2013, jusqu'à ce qu'il débute un programme d'occupation proposé par l'EVAM en 2014, puis une formation d'aide-cuisinier en 2015-2016 et enfin une mesure d'intervention précoce du 29 août 2016 au 6 janvier 2017. Le recourant estime que ses difficultés à intégrer le marché de l'emploi lors de ses premières années en Suisse étaient plus en lien avec le contexte environnemental et personnel qu'avec des problèmes de santé suffisamment graves pour être invalidants. Il fait valoir que ce n'est qu'au courant de l'année 2017 que son état de santé physique s'est aggravé, ce qui avait aggravé son état de santé psychique avec pour résultat un état de santé devenu réellement invalidant dès 2018. Selon le recourant, l'avis de ses psychiatres traitants, qui le suivent depuis l'année 2014, doit être préféré à celui de l'expert Z. _____ qui est rétrospectif. A l'appui de ses propos, le recourant produit un nouveau rapport du Dr K. _____ du 13 octobre 2023, lequel atteste, en se référant à ses précédents rapports que le recourant avait une capacité de travail d'au moins 50 % entre 2013 et 2017, qu'il a progressivement perdue depuis 2017 pour aboutir à une incapacité totale de travail dès 2018.

Dans des déterminations du 19 octobre 2023, l'OAI s'en remet aux conclusions de l'expert Z. _____ aux plans diagnostique, de l'incapacité de travail et du début de celle-ci, en se ralliant à un avis SMR du 21 septembre 2023 du Dr C. _____ qu'il produit. Sur cette base, l'OAI conclut que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées et que le recourant ne peut prétendre à une rente d'invalidité, faute de remplir les conditions de l'art. 36 al. 1 LAI.

A la demande du juge instructeur, l'expert Z. _____ a procédé à un complément d'expertise, portant sur la question du début de l'incapacité de travail, vu le rapport du Drs K. _____ du 13 octobre 2023. Aux termes de ce complément, l'expert a confirmé son analyse selon laquelle l'incapacité de travail de l'intéressé était de 100 % depuis au moins le mois de mars 2013, dans toute activité.

Par déterminations du 18 avril 2024, l'OAI confirme la teneur de son écriture du 19 octobre 2023.

Par courrier du 22 avril 2024, le recourant confirme sa position selon laquelle il n'était pas inapte à travailler à 100 % à son arrivée en Suisse, répétant que ses difficultés à s'intégrer durablement sur le marché de l'emploi à cette période avaient été plus vraisemblablement liées au contexte environnemental et personnel qu'à des problèmes de santé suffisamment graves pour être invalidants. Il fait valoir que sa situation médicale avait connu un « tournant » avec une aggravation notable de son état de santé dès 2017.

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 une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir à quand remonte son invalidité.

a) aa) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS

831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

bb) En l'occurrence, même si c'est précisément la question de la date de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité qui est litigieuse, le recourant étant d'avis qu'elle remonte à l'année 2018 et l'OAI à 2013 au plus tard, cet éventuel droit est quoi qu'il en soit né antérieurement au 1^{er} janvier 2022 (cf. ci-dessous consid. 2b s'agissant de la survenance de l'invalidité en cas de droit à la rente). Ce sont donc les règles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui sont applicables.

b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 première phrase LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire d'invalidité l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

D'après l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte : il convient d'examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les arrêts cités ; Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3e éd., Zurich/Bâle/Genève 2014, n. 140 ad art. 4 LAI).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle la personne assurée a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 8C_718/2018 du 21 février 2019 consid. 2.2 ; TF 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3).

Il convient de bien distinguer l'art. 6 al. 2 LAI, disposition qui fixe les conditions supplémentaires auxquelles doivent répondre les ressortissants étrangers pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, de l'art. 36 al. 1 LAI, disposition qui fixe une condition spécifique pour l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité (TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 4).

Selon l'art. 39 al. 1 LAI, en relation avec l'art. 42 al. 1 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), le droit à une rente extraordinaire de l'assurance-invalidité est réservé aux ressortissants suisses.

c) 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.

d) 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).

e) 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 (art. 29 al. 1 LAI).

f) 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).

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

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

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

h) 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).

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).

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).

Pour le Tribunal fédéral, rien ne s'oppose en principe à ce que la Mini CIF-APP soit employée lors de l'évaluation de la capacité de travail d'un assuré souffrant d'un trouble psychiatrique (TF 8C_398/2014 du 28 octobre 2014 consid. 4.3.2). Il s'agit d'un outil complémentaire qui peut permettre d'assurer un minimum d'uniformité et de comparabilité dans l'évaluation des conséquences de telles affections (arrêt 9C_157/2019 du 28 octobre 2019 consid. 4.3) et qui s'intègre à l'examen de la capacité de travail sur la base des exigences découlant de l'ATF 141 V 281 (Gabriela Riemer-Kafka, *Expertises en médecine des assurances : guide médico-juridique interdisciplinaire*, 3^e édition, Berne 2018, p. 164 ss). Les informations recueillies par le biais de la Mini CIF-APP quant à l'existence ou non de limitations dans les treize aptitudes s'incorporent de la sorte à l'analyse des différents indicateurs. Tel est surtout le cas pour le complexe du « contexte social » et celui de la « personnalité », ainsi que dans l'examen de l'indicateur de la « limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie » (Nicolas Reding, *Les atteintes non objectivables. Notion, reconnaissance et indemnisation en droit des assurances sociales*, thèse, Lausanne 2024, n° 702 et les références).

3. En l'occurrence, vu les avis diamétralement opposés au sujet de l'invalidité du recourant, de ses psychiatres traitants, d'une part, et de l'expert O._____, d'autre part, le juge instructeur a mis en œuvre une

expertise judiciaire psychiatrique confiée au Dr Z._____. La valeur probante de l'expertise réalisée par ce dernier (rapport du 23 août 2023 et complément d'expertise du 2 avril 2024) doit donc être examinée.

a) En premier lieu, on relève que l'expertise du Dr Z._____ repose sur une anamnèse fouillée (aux plans médical, familial, professionnel et personnel), laquelle est fondée sur le dossier médical complet du recourant ainsi que plusieurs entretiens avec ce dernier, dont deux en présentiel et trois par téléphone. L'expert a en effet relevé que la réalisation de l'anamnèse s'était révélée particulièrement difficile, le recourant s'étant montré très prolix et parfois difficile à suivre, sans que la qualité de sa coopération n'ait à être remise en cause.

b) Par ailleurs, les diagnostics ont été posés par l'expert psychiatre en référence à un système de classification reconnu, soit la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), à la lumière des éléments cliniques constatés lors de l'examen, de l'anamnèse et des plaintes de l'expertisé.

aa) L'expert a ainsi retenu la présence d'un épisode dépressif en rémission partielle (F32.4), en expliquant que l'expertisé présentait tout au plus une tristesse anormale, la plupart du temps tous les jours, depuis des années. La diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi que la fatigabilité et la perte d'énergie étaient inconstantes et ne pouvaient donc pas être retenues. En effet, en l'état, il n'y avait plus le minimum de deux critères cardinaux requis pour retenir un épisode dépressif typique, raison pour laquelle l'expert a estimé qu'il y avait une rémission. La rémission était partielle car il restait des symptômes résiduels, même si l'on était en-dessous du seuil diagnostique d'un épisode dépressif léger. L'expert a encore précisé qu'il ne retenait pas la récurrence dès lors que l'anamnèse parlait plutôt contre des épisodes dépressifs multiples avec des phases de rémission.

bb) A l'appui du diagnostic de trouble anxiété généralisée, l'expert Z._____ a d'abord exposé que selon la CIM-10, ce trouble

correspondait à une période d'au moins six mois caractérisée par la présence d'une tension, d'une inquiétude et d'une appréhension marquées, concernant des évènements et des problèmes de la vie quotidienne. Le trouble supposait la présence d'au moins quatre symptômes d'une liste concernant l'activation neurovégétative, le système respiratoire et gastro-intestinal, l'état mental, des symptômes généraux, des symptômes de tension et d'autres symptômes non spécifiques. Par ailleurs, l'expert a précisé que le trouble ne devait pas répondre aux critères d'un trouble panique ou d'autres troubles anxieux spécifiques dont le trouble hypochondriaque, et qu'il ne devait pas être en relation avec une pathologie organique (hyperthyroïdie, trouble mental organique) ou avec l'utilisation d'une substance psychoactive.

Dans le cas de l'expertisé, l'expert Z. _____ a relevé que celui-ci rapportait des « angoisses » et une « pression émotionnelle » qui duraient depuis des années. Cette tension et ces soucis concernaient les évènements et les problèmes de sa vie quotidienne ainsi que son avenir. Cette anxiété allait de pair avec des tremblements, une tension musculaire, des accélérations du rythme cardiaque, une gêne thoracique ou abdominale et une sensation de faiblesse et d'instabilité, entre autres choses. Elle s'exacerbait constamment en situation de stress. Sachant la durée et l'importance de l'anxiété, l'expert a considéré qu'il était justifié de poser le diagnostic de trouble anxiété généralisée. L'expert a enfin précisé que si ce trouble n'était pas apparu au dossier jusqu'ici, c'était vraisemblablement parce que les examinateurs avaient focalisé leur attention sur la symptomatologie de type psychotique. L'expert a précisé avoir pour sa part spécifiquement recherché un trouble anxieux, vu le score élevé de l'anxiété au test HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) réalisé le 28 juin 2023.

cc) En troisième lieu, le Dr Z. _____ a diagnostiqué un trouble schizotypique. A cet égard, il a expliqué que la CIM-10 retient, dans son chapitre réservé à la schizophrénie et aux troubles délirants, l'entité diagnostique de trouble schizotypique (F21). Il a exposé que cette entité désigne des situations où les sujets ont un comportement

excentrique, des anomalies de la pensée et des affects qui ressemblent à ceux de la schizophrénie, sans comporter de signes ou symptômes schizophréniques manifestes ou caractéristiques à un moment quelconque de l'évolution. D'après les explications de l'expert, selon la CIM-10, le trouble schizotypique suppose au moins quatre des manifestations suivantes, à savoir :

- un affect inapproprié ou abrasé, le sujet paraissant froid et distant ;
- un comportement ou une présentation bizarre, excentrique ou singulière ;
- une pauvreté du contact et une tendance au retrait social ;
- des croyances ou des idées bizarres ou magiques influençant le comportement ;
- une méfiance ou une idéation persécutoire ;
- des ruminations à contenu dysmorphophobique, sexuel ou agressif ;
- des perceptions inhabituelles dont des illusions somato-sensorielles, des expériences de dépersonnalisation ou de déréalisation ;
- une pensée vague, circonstanciée, métaphorique, trop élaborée se traduisant par un discours bizarre mais sans incohérence marquée ;
- des épisodes transitoires et occasionnels quasi psychotiques comportant des illusions intenses, des hallucinations auditives ou autres ou des idées d'allure délirante, survenant habituellement sans facteur déclenchant extérieur.

L'expert a encore exposé que le trouble schizotypique peut se manifester dans l'enfance par un côté solitaire, une mauvaise relation avec les pairs et de mauvaises performances scolaires. Les enfants concernés peuvent paraître bizarres et, pour ce motif, être l'objet de moqueries de la part de leurs camarades. L'expert a précisé que le trouble schizotypique est habituellement stable. Un faible pourcentage des sujets concernés évolue toutefois vers une schizophrénie ou un autre trouble psychotique, dès lors qu'il est connu que ce trouble fait vraisemblablement partie du spectre génétique de la schizophrénie.

A l'aune de ce qui précède, l'expert a relevé que le parcours de vie de l'expertisé semblait avoir été problématique dès les débuts de

l'âge adulte, quoi qu'il affirmât à ce sujet. Le fait d'avoir échoué deux formations successives pouvait en être l'illustration. Le fait de rapporter qu'il avait été préterité à l'Ecole des Métiers parce qu'un enseignant était jaloux de ses capacités particulières pouvait relever d'une problématique paranoïaque. L'intéressé avait enfin fui à deux reprises son pays parce qu'il se sentait menacé. L'expert a exposé que même si cette conviction avait pu avoir des bases rationnelles, il n'était pas certain que celles-ci aient été aussi solides que ce que l'expertisé avançait. Par ailleurs, l'expertisé rapportait un parcours personnel et socio-professionnel plutôt chaotique. Il y avait eu le passage dans la toxicomanie, une vie affective compliquée, sans stabilité professionnelle véritable d'après les informations à disposition, même si l'intéressé avait été apte à travailler à plein temps, pendant une période relativement courte, en [...]. L'expert a encore relevé que le tableau clinique était celui d'un affect abrasé : l'intéressé parlait d'une voix monocorde, il n'entrait pas véritablement en relation ; s'il était courtois et respectueux du cadre et de l'examineur, il ne s'était jamais montré chaleureux. L'expert a indiqué que le contact était pauvre, la pensée vague et circonstanciée. L'intéressé était parfois difficile à suivre. Il avait été très difficile de reconstituer une anamnèse utilisable. L'expert a ajouté que l'idéation persécutoire ne faisait aucun doute et que l'intéressé la rapportait spontanément avec toutefois une capacité à rester quelque peu critique. Par exemple, l'expertisé avait cru qu'il y avait des caméras dans son studio et que des voisines allaient dénoncer une insalubrité de son logis pour le faire expulser ; il se demandait si ses voix n'étaient pas le résultat d'un envoûtement de la part de membres de sa famille avec lesquels il était en conflit. L'expert a encore indiqué que l'intéressé rapportait des hallucinations auditives commentant son comportement, l'expert relevant que cela correspondait à ce qui était connu des psychoses fonctionnelles, étant précisé que leur fréquence pouvait varier de tous les jours à une ou quelques fois par mois et qu'elles survenaient sans facteur déclenchant extérieur.

L'expert a précisé que le trouble schizotypique avait probablement pu se manifester dès les débuts de l'âge adulte et qu'il était stable depuis le milieu des années 2010.

dd) Dans le cadre d'un diagnostic différentiel, l'expert Z._____ a clairement expliqué pourquoi il ne retenait pas d'état de stress post-traumatique (F43.1) ni de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) (cf. rapport d'expertise p. 26), le premier diagnostic ayant été posé en 2015 et le second en 2016 par les psychiatres de l'Unité de psychiatrie de liaison de la PMU (cf. rapports du 27 juin 2016 des Drs K._____ et V._____ et du 15 juillet 2021 du Dr K._____), mais plus retenus par la suite. Dans son rapport du 23 août 2023 (pp. 26-28), l'expert a également dûment expliqué pourquoi il écartait les diagnostics de schizophrénie paranoïde et de trouble schizo-affectif de type dépressif (F25.1) retenus en 2019, respectivement 2021, par les psychiatres de cette même unité (cf. rapport du Dr K._____ du 15 juillet 2021). Enfin, l'expert a clairement exposé les raisons pour lesquelles il excluait un trouble anxieux spécifique, un syndrome douloureux somatoforme persistant, un problème en lien avec des substances psychoactives et un trouble de la personnalité autre que le trouble schizotypique (cf. rapport d'expertise pp. 28-29).

ee) Toujours au plan diagnostique, l'expert a dûment expliqué pourquoi il s'écartait des conclusions de l'expert O._____ du SMEX, lequel a estimé, pour rappel, que le recourant ne présentait aucune atteinte psychiatrique invalidante et en particulier pas de schizophrénie ni de trouble psychotique.

En effet, l'expert O._____ a exclu la présence d'une pathologie psychotique notamment au motif qu'il était selon lui peu vraisemblable que l'assuré présentât des hallucinations acoustico-verbales en continu qui se péjoraient quand il était angoissé ou stressé et ayant un impact négatif sur sa concentration, telles que décrites dans le rapport du Dr K._____ du 15 juillet 2021. L'expert O._____ a également écarté une telle pathologie aux motifs que l'assuré ne prenait pas de neuroleptiques (excepté un essai durant 15 jours), qu'il n'avait jamais consulté en urgence ou été hospitalisé en psychiatrie et qu'il ne présentait pas d'angoisses importantes et sévères (cf. expertise SMEX p. 56).

A ces égards, le Dr Z._____ a opposé que les hallucinations dont se plaignait l'expertisé pouvaient être considérées comme typiques des psychoses fonctionnelles avec notamment des voix commentant son comportement, tout en relevant qu'il aurait fallu à l'assuré de bonnes connaissances des problèmes psychiatriques pour « inventer » de tels symptômes. Le Dr Z._____ a ajouté que le refus, par certains patients psychotiques, de la médication neuroleptique était fréquent et que pour lui, un tel comportement n'excluait nullement une problématique psychotique (expertise du Dr Z._____ p. 31). Par ailleurs, l'expert Z._____ a posé en l'occurrence un diagnostic de trouble anxieux généralisé dans les règles de l'art (cf. supra consid. 3b/bb). A cet égard, il s'est étonné que le Dr O._____ n'ait pas effectué de tests psychologiques, relevant que les simples échelles de dépistages que sont la HAD et le questionnaire de psychose de l'Université de Yale permettent de diriger l'examineur vers la présence d'une psychopathologie anxieuse et psychotique. Le Dr Z._____ a estimé que ces éléments auraient pu inciter le médecin psychiatre à approfondir le sujet (expertise du Dr Z._____ p. 32).

ff) Relevons enfin que le Dr Z._____ a exclu de manière dûment motivée le diagnostic de troubles factices (F68.1) et une simulation (Z76.5).

gg) En résumé, l'expert Z._____ a posé les diagnostics psychiatriques dans les règles de l'art, aux termes d'une analyse complète et circonstanciée, contenant notamment un diagnostic différentiel et excluant de manière motivée les opinions divergentes de l'expert O._____ et des psychiatres traitants du recourant. Ainsi, les conclusions de l'expert Z._____, qui sont claires et bien motivées, doivent être suivies.

c) En ce qui concerne l'impact de l'atteinte psychiatrique sur la capacité de travail de l'expertisé, du point de vue du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte, l'expert a indiqué que l'incapacité de travail était

surtout déterminée par le trouble schizotypique dont souffrait l'intéressé. L'expert a ajouté que l'épisode dépressif pouvait jouer un rôle négatif sur ses performances, même si cet épisode était le plus souvent léger. Quant au trouble anxiété généralisée - qui était davantage incapacitant que l'épisode dépressif - il occasionnait de la fatigue, une fatigabilité et des déficits attentionnels transitoires qui contribuaient aux troubles du sommeil. L'expert Z._____ a estimé qu'en raison de ses atteintes à la santé, l'intéressé n'était pas apte à s'adapter aux règles et routines d'une activité professionnelle sur la durée et ce même à temps partiel ; il faudrait rapidement s'attendre à de l'absentéisme ou des arrivées tardives. L'expert a aussi relevé un manque de capacités adaptatives chez l'expertisé, même avec une activité à bas niveau d'exigences. L'expertisé présentait de plus un niveau d'endurance plus bas que tout un chacun, ce qui avait notamment été observé lors de sa formation d'aide-cuisinier. Par ailleurs, l'expert a indiqué que l'expertisé avait d'importantes difficultés relationnelles en raison de son trouble schizotypique. Cela se manifestait par une difficulté à établir des relations, à s'affirmer de façon adéquate et par le fait qu'il devenait rapidement soupçonneux voire paranoïaque en cas d'exposition régulière à un groupe. S'agissant de la compliance au traitement psychiatrique, l'expert a relevé que l'expertisé n'avait pas adhéré au traitement neuroleptique car la médication testée avait provoqué des effets secondaires. L'expert a expliqué que cela était fréquent chez les patients psychotiques et que cela n'excluait pas une problématique du registre psychotique. L'expert a ajouté que l'intéressé avait régulièrement participé aux rendez-vous médicaux et qu'il prenait un tranquillisant et un antidépresseur. Vu ces éléments, l'expert a retenu que l'on ne pouvait pas conclure que l'expertisé faisait preuve de résistance au traitement psychiatrique, ni que son atteinte à la santé n'était pas importante. Sous l'angle du succès ou de la résistance à la réadaptation, il ressort de l'expertise et du complément d'expertise que l'assuré a participé à diverses mesures de réadaptation (à l'EVAM et auprès d'IPT) sans que cela n'aboutisse à une prise d'emploi alors même qu'il ne ressort ni du dossier ni de l'expertise que sa coopération ne doive être remise en cause.

Sous l'angle de la cohérence, l'expert a retenu que l'expertisé offrait un tableau clinique cohérent. Il a relevé que l'intéressé avait les ressources minimales pour rester plus ou moins autonome dans la situation actuelle et savait faire appel aux personnes pouvant l'aider telles que sa voisine, l'assistante sociale du CHUV et ses médecins et psychiatres traitants. Pour le reste, il n'avait pas les ressources pour s'insérer dans le premier marché du travail.

d) S'agissant du début de l'atteinte psychiatrique invalidante, le Dr Z. _____ est d'avis que le recourant a présenté une incapacité de travail de 100 % dans toute activité, au moins depuis le mois de mars 2013 et que l'incapacité de travail est restée globalement à ce même taux depuis lors. Le recourant considère pour sa part qu'il faut suivre l'avis de ses psychiatres traitants auprès de la PMU, respectivement d'unisanté, notamment le rapport du 13 octobre 2023 du Drs K. _____, selon lequel il a présenté une incapacité de travail de 50 % entre 2013 et 2017, avec une péjoration progressive durant l'année 2017, pour aboutir à une incapacité de travail de 100 % de longue durée au début de l'année 2018. Le recourant s'appuie également sur le fait qu'il a été suivi par l'ORP dès le mois de mars 2013, puis a entrepris, au sein de l'EVAM, un programme d'occupation en 2014, suivi d'une formation d'aide-cuisinier en 2015-2016 et, enfin, a participé à une mesure d'intervention précoce auprès d'IPT du 29 août 2016 au 6 janvier 2017. Cela démontrerait selon lui qu'il n'était pas incapable de travailler à 100 % durant cette période.

Les explications de l'expert Z. _____ s'agissant du début de l'atteinte psychiatrique invalidante sont claires et bien motivées. Rappelons que cette question a fait l'objet d'un complément d'expertise le 2 avril 2024, à la suite des critiques du recourant quant aux conclusions de l'expert à cet égard. D'abord, dans le rapport du 23 août 2023, l'expert a expliqué que le trouble schizotypique faisaient partie des troubles de la personnalité retenus par les DSM et qu'un tel trouble se définissait comme un mode de comportement durable apparaissant au début de l'âge adulte. Dans le complément du 2 avril 2024, l'expert a ajouté que la présence de tableaux cliniques quasi psychotiques était l'un des arguments avancés

par les psychiatres traitants pour retenir une aggravation de l'état de santé notamment depuis 2016. Or, pour l'expert, l'expertisé avait présenté des hallucinations acoustico-verbales depuis des années et des idées d'allure délirante avant son arrivée en Suisse. A cet égard, l'expert a relevé qu'en 2013, l'assuré avait dû être placé dans un studio parce que « ça n'allait plus au foyer de l'EVAM » ; l'expertisé avait affirmé à l'expert avoir « cru qu'il y avait des caméras dans son studio » et avoir « pensé que des voisines allaient le dénoncer pour une insalubrité de son logis pour le faire expulser ». Pour l'expert, cet épisode allait dans le sens d'un tableau quasi psychotique. Il ajoutait que cet épisode avait été grave, car les idées de persécution étaient marquées et avaient conduit à des troubles au foyer de l'EVAM. L'expert a également indiqué qu'une partie de ce que rapportait l'intéressé de son histoire au [...] et en [...], soit avant d'arriver en Suisse, pouvait aussi relever d'épisodes de ce type.

Par ailleurs, l'expert a relevé à plusieurs reprises que l'expertisé n'avait jamais été à même de travailler durablement dans le premier marché du travail (cf. pp. 12, 34, 37 du rapport d'expertise), depuis son arrivée en Suisse à tout le moins. Dans son complément d'expertise, le Dr Z. _____ a réexaminé l'entier du dossier AI du recourant et procédé à l'examen de nouvelles pièces dont il a demandé la production, à savoir en particulier les dossiers du recourant auprès de l'ORP, de l'EVAM et d'IPT. S'agissant du suivi à l'ORP, l'expert a relevé qu'entre mars et septembre 2013, l'assuré n'avait honoré que la moitié des rendez-vous fixés par l'ORP, ce qui posait la question de son employabilité sur le premier marché du travail. Dès juillet 2013, le recourant avait détenu un permis N qui lui permettait de proposer ses services à des agences dont l'ORP lui avait donné une liste. Or, il ne s'était pas présenté à ces agences, expliquant qu'il était difficile pour lui de se déplacer ; l'expert a toutefois relevé qu'il était aussi possible que l'intéressé ne se soit pas senti prêt à affronter le premier marché de l'emploi. Quant à la formation d'aide de cuisine à l'EVAM, le taux d'activité du recourant y était le plus souvent de 50 % ; cela étant, dans cette activité, l'expertisé se formait dans le restaurant d'entreprise de l'EVAM, ce qui, d'après l'expert, signifiait qu'il se formait dans un milieu protégé et

non pas dans un cadre où s'appliquaient les exigences du premier marché du travail. L'expert a par ailleurs relevé que l'assuré avait réussi de justesse son examen final, malgré un environnement très soutenant. Enfin, l'expert Z._____ a indiqué qu'à la même époque, une collaboratrice d'IPT s'interrogeait sur l'adéquation des capacités de l'intéressé aux exigences du marché de l'emploi. Sur la base de l'ensemble de ces éléments, l'expert a confirmé que l'expertisé n'avait pas les ressources psychiques nécessaires pour s'intégrer sur le premier marché du travail déjà à son arrivée en Suisse, malgré ses ambitions. L'expert a estimé que lorsque le recourant avait travaillé, il l'avait fait au-dessus de ses forces. L'expert a en définitive confirmé que le recourant présentait une incapacité de travail de 100 % depuis le mois de mars 2013 au moins, pour une longue durée.

e) Vu ce qui précède, la Cour de céans n'a pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expert, pour lequel le recourant était entièrement incapable de travailler avant son arrivée en Suisse en 2013. Lesdites conclusions sont en effet claires, bien motivées et reposent sur une analyse fouillée du dossier, notamment sous l'angle des indicateurs jurisprudentiels applicables en cas de troubles psychiatriques. L'expert a en outre dûment exposé pourquoi il s'était écarté de l'appréciation des psychiatres traitants du recourant s'agissant de l'évolution de son incapacité de travail entre 2013 et 2018.

f) Dès lors que l'invalidité du recourant au plan psychiatrique est survenue antérieurement à son arrivée en Suisse, il ne pouvait pas compter trois ans de cotisations lors de la survenance de son invalidité, de sorte qu'il n'a pas le droit à une rente ordinaire d'invalidité pour ce motif (cf. art. 36 al. 1 LAI). Les conditions supplémentaires de l'art. 6 al. 2 LAI, applicables aux ressortissants étrangers, ne sont pas non plus réunies.

4. a) Reste à examiner si le recourant a droit à des prestations d'invalidité en raison de ses atteintes à la santé physique en tant que nouveaux cas d'assurance (cf. TF 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2 ; 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5 ; 9C_294/2013 du 20

août 2013 consid. 4.1). En effet, le recourant présente, outre une invalidité de longue date pour des motifs psychiatriques, des atteintes à sa santé physique plus récentes dont certaines postérieures à son arrivée en Suisse, ayant un effet durable sur sa capacité de travail.

b) On constate d'abord que la question de la capacité de travail du recourant au plan physique a fait l'objet d'une évaluation interdisciplinaire par les experts somaticiens du SMEX (Dre N._____, spécialiste en médecine interne et Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Ces derniers se sont prononcés à l'issue d'une anamnèse fouillée et du dossier complet du recourant, tant au plan asséurologique que médical. Ils ont procédé à des examens cliniques liés à leurs spécialités et pris en compte les plaintes du recourant. Sur ces bases, ils ont retenu comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de l'intéressé, ce qui suit : au plan orthopédique, des scapulalgies bilatérales sur bursite sous-acromiale, des lombalgies basses sur probable lésion dégénérative non iconographiée, des cervicalgies sans lésions compressives, mais mettant en évidence des discopathies cervicales étagées et, au plan de la médecine interne, un status après malaises attribués à une hypotension iatrogène dès 2018 et une allergie aux produits de contraste iodés. Ils ont indiqué des limitations fonctionnelles en lien avec ces atteintes, à savoir, au plan orthopédique : pas d'activité debout prolongée, pas de porte-à-faux, pas de charge dépassant 5 kg, activité principalement assise avec possibilité de se lever, pas d'effort au-dessus de la ceinture scapulaire des deux côtés. Au plan de la médecine interne, ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : activité en position le plus souvent assise ou permettant de s'asseoir immédiatement en cas de malaise, sans utilisation d'objets, outils ou machines potentiellement dangereux en cas de malaise, pas de conduite automobile, pas d'exposition aux produits de contraste iodés.

Du point de vue de la médecine interne, les experts ont indiqué que la capacité de travail de l'expertisé, dans son activité habituelle d'aide de cuisine avait été de 90 % dès 2013, une baisse de rendement de 10 % étant retenue du fait de la multiplicité des atteintes à

la santé en lien avec le diagnostic d'acromégalie, puis de 0 % depuis le 1^{er} janvier 2018 en raison de l'apparition de malaises attribués à l'hypotension iatrogène, au motif que l'activité précitée entraînait des limitations fonctionnelles incompatibles avec ces malaises. L'intéressé présentait par ailleurs une capacité de travail de 90 % dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles en lien avec l'acromégalie depuis 2013.

Du point de vue orthopédique, selon les experts, la capacité de travail était de 0 % dans l'activité d'aide de cuisine depuis le mois de juin 2016, compte tenu des indications du Dr G._____. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, elle avait toujours été de 100 % sauf quelques incapacités de travail sporadiques en raison de douleurs plus aiguës.

Vu ce qui précède, les conclusions des experts s'agissant des diagnostics et de la capacité de travail du recourant au plan physique sont claires et bien motivées.

c) Relevons encore que ces conclusions, qui ne sont d'ailleurs pas contestées par le recourant, ne sont pas non plus remises en cause par les rapports rédigés par ses médecins traitants, antérieurement ou postérieurement à l'expertise du SMEX. En effet, si les Drs S._____ et T._____ ont posé, dans leur rapport du 13 janvier 2017, les diagnostics incapacitants de douleurs cervico-scapulaires avec altérations disco-vertébrales étagées et des limitations fonctionnelles en lien avec ces atteintes, ils ne se sont pas spécifiquement prononcés sur la capacité de travail de l'intéressé au plan somatique, mais ont indiqué une capacité de travail de 50 % compte tenu de ses atteintes à la santé physique et psychiatriques. Il en va de même du rapport du 24 octobre 2017 des Drs [...] et T._____. Toujours du point de vue orthopédique, l'appréciation qui ressort de l'expertise n'est pas fondamentalement différente de celle du Dr G._____ ressortant de son rapport du 27 novembre 2017, puisque celui-ci a indiqué la présence de limitations fonctionnelles en lien avec les sciatalgies, dorso-lombalgies et cervico-scapulalgies, mais a estimé que

dans une activité adaptée tenant compte de ces limitations, la capacité de travail de l'intéressé pouvait être de 100 % après une reprise progressive du travail (dans le même sens, voir le rapport du 10 juillet 2018 du Dr A.H. _____ qui relève une diminution des douleurs au niveau de l'épaule gauche et de la région lombaire et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques du recourant notamment). S'agissant de la problématique urologique, le Dr W. _____ a indiqué qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail à attester au moment de son rapport du 31 août 2017 ; une telle incapacité ne ressort pas non plus des pièces postérieures du dossier. Dans le rapport du 3 mai 2019, les Drs A. _____ et A.H. _____ ont relevé des limitations fonctionnelles en lien avec les cervicalgies et les lombalgies chroniques (pas de station debout prolongées, pas de travail en porte-à-faux), lesquelles ont été dûment prises en compte par les experts somaticiens du SMEX. Les Drs A. _____ et B.H. _____ ont par ailleurs indiqué que l'assuré avait une capacité de travail de 40 à 50 % en raison de ses atteintes à la santé physique et psychiatrique, sans se prononcer spécifiquement sur la diminution de la capacité de travail au plan physique. Le Dr J. _____ a pour sa part estimé, dans son rapport du 11 février 2021, qu'une capacité de travail de 100 % ne pouvait pas être attendue de l'intéressé, en lien avec les séquelles de l'acromégalie, l'arthropathie goutteuse, l'hypertension artérielle, les lombalgies chroniques et la discarthrose cervicale. Outre le fait que ces éléments ont été pris en compte par les experts somaticiens du SMEX, qui retiennent notamment une diminution de rendement de 10 % en lien avec les séquelles de l'acromégalie et des limitations fonctionnelles liées aux atteintes lombaires et cervicales, le Dr J. _____ ne s'est pas prononcé précisément sur la diminution de la capacité de travail de l'intéressé ; ses indications ne sont donc pas de nature à remettre en cause l'appréciation des experts. Enfin, la Dre [...] n'apporte pas non plus, dans son rapport du 3 novembre 2022, postérieur à l'expertise du SMEX, d'éléments nouveaux du point de vue diagnostique ou relatifs aux limitations fonctionnelles de l'intéressé qui n'auraient pas été pris en compte par les experts somaticiens dans leur appréciation de la capacité de travail de ce dernier.

d) En définitive, les conclusions des experts somaticiens du SMEX, au sujet de la capacité de travail du recourant au plan physique peuvent être résumées de la manière suivante (cf. aussi avis SMR du 4 mai 2022) : dans son activité habituelle d'aide de cuisine, son incapacité de travail était de 10 % dès 2013 en lien avec des motifs de médecine interne (acromégalie et ses conséquences), puis de 100 % dès le mois de juin 2016, pour des motifs orthopédiques, date à laquelle un changement d'activité était raisonnablement exigible. Dans toute activité adaptée à ses atteintes relevant de la médecine interne, son incapacité de travail était de 10 % depuis 2013, puis les limitations fonctionnelles en lien avec la problématique du rachis se sont ajoutées en 2016. A compter de cette dernière année, l'incapacité de travail est ainsi de 10 % dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles relevant de la médecine interne ainsi que de la médecine orthopédique.

5. a) Vu ce qui précède, il y a lieu d'examiner le droit du recourant à une rente d'invalidité en lien avec l'incapacité de travail qu'il présente dans son activité habituelle d'aide de cuisine depuis 2013, pour des motifs liés à la médecine interne.

b) Dès lors qu'il n'a pas présenté d'incapacité de travail de 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable au sens de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021) en lien avec ces motifs, il n'a pas le droit à une rente d'invalidité.

6. Reste encore à examiner le taux d'invalidité du recourant à l'issue du délai de carence d'une année (cf. art. 28 al. 2 let. b LAI) après le début de l'incapacité de travail de 100 % pour des motifs orthopédiques dans l'activité d'aide de cuisine au mois de juin 2016, soit au mois de juin 2017.

a) 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).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le

handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

b) En l'occurrence, dès lors que l'activité d'aide de cuisine exercée par le recourant avant 2016 n'était pas une activité du premier marché du travail, il y a lieu de se fonder sur l'ESS pour fixer le revenu sans invalidité, comme l'a fait l'OAI dans la décision attaquée. Pour fixer ce revenu, il faut se fonder sur le revenu que perçoivent les hommes dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus, en 2016, soit un revenu de 5'340 fr., montant qu'il convient d'adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année 2017, soit 41,7 heures, ce qui porte le revenu déterminant à 5'566 fr. 95 francs. Compte tenu de l'évolution des salaires nominaux en 2017 qui est de 0,4 %, le revenu sans invalidité s'élève en définitive à 5'589 fr. 21.

Le revenu avec invalidité, également établi à juste titre par l'OAI sur la base de l'ESS, vu l'absence de reprise par l'assuré d'une activité adaptée à son état de santé physique, s'élève à 5'030 fr. 28 à 90 % pour l'année 2017 (5589 fr. 21 x 90 %).

En conséquence, le taux d'invalidité du recourant en raison de ses atteintes à la santé physique s'élève à 10 % à compter de l'année

2017 $\left[\frac{5'589 \text{ fr. } 21 - 5'030 \text{ fr. } 28}{5'589 \text{ fr. } 21} \times 100\right]$, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ordinaire d'invalidité.

7. Le recourant n'a pas davantage droit à une rente extraordinaire d'invalidité faute d'en remplir les conditions (cf. art. 39 al. 1 LAI, en relation avec l'art. 42 al. 1 LAVS).

8. a) Vu ce qui précède, le recours est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée, par substitution de motifs.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires, leur montant étant fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et devant se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'occurrence, il est renoncé à la perception de frais judiciaires, en équité (art. 50 LPA-VD).

c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 12 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée dans son résultat.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Centre social protestant (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :