

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 août 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
 Mme Durussel et M. Dépraz, juges
Greffier : M. Genilloud

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant, agissant par l'intermédiaire de C._____,
curatrice auprès du Service des tutelles et curatelles professionnelles, et
représenté par Me Guillaume Lammers, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 et 43 LPG

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, sans formation, est sans activité lucrative et bénéficiaire du revenu d'insertion.

Le 2 mai 2023, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de difficultés cognitives depuis la naissance et de douleurs au pied depuis 2010, précisant avoir fréquenté une école spécialisée et avoir interrompu son AFP à la suite d'un problème à la cheville. A cette occasion, il a notamment transmis un lot de rapports médicaux, à savoir un rapport du 28 mai 2014 de Mme Z._____, psychologue, un rapport du 17 mai 2018 de Mmes D._____, logopédiste, et F._____, psychologue, et un rapport du 2 mai 2019 de la Dre A._____, spécialiste en pédiatrie, tous produits dans le cadre de l'instruction d'une précédente demande de prestations déposée par devant l'Office cantonal AI du S***, ainsi qu'un rapport du 19 avril 2023 de Mmes E._____ et G._____, psychologues.

Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 19 octobre 2023, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, tout en rappelant que l'assuré souffrait d'une instabilité chronique latérale douloureuse de la cheville gauche, a indiqué qu'il avait réalisé une stabilisation latérale du ligament externe le 28 septembre 2023. Ce médecin ne s'était toutefois pas prononcé sur la capacité de travail de l'intéressé, précisant que celle-ci dépendait de l'évolution post-opératoire.

Par communication du 22 février 2024, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'insertion socio-professionnelle, en section cuisine, par l'entremise de l'association H._____, à raison d'un taux de présence de 70 %, évolutif à 80 %, laquelle devait se dérouler du 1^{er} février au 30 avril 2024. Dite mesure, qui a permis de constater les difficultés de l'assuré, à savoir un rythme de travail très lent, de grandes lacunes cognitives et des difficultés de concentration et de mémorisation, à quoi s'ajoutait la

problématique en lien avec la cheville, a été interrompue le 21 mars 2024 en raison d'une péjoration de l'état psychique de l'intéressé.

Dans l'intervalle, dans un rapport du 7 février 2024, la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Mme L._____, infirmière, tout en indiquant qu'elles avaient suivi l'assuré du 24 janvier 2023 au 29 janvier 2024, ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble envahissant du développement, sans précision (F84.9), de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), et de probable perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), présents depuis l'enfance. Les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés scolaires, des faibles capacités de mémorisation, un parcours de vie complexe et une difficulté à gérer et à nommer ses émotions. Elles ne s'étaient en revanche pas prononcées sur la capacité de travail de l'intéressé. S'agissant des tâches ménagères, l'assuré pouvait être limité dans leur accomplissement en raison des douleurs à la cheville.

Dans des rapports des 14 août 2024 et 27 février 2025, la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assuré depuis le 10 novembre 2023, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome de stress post-traumatique complexe (selon la CIM-11), actuellement avec critères selon la CIM-10 pour un syndrome de stress post-traumatique partiel et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), présents probablement depuis l'enfance, ainsi que de trouble envahissant du développement (F84.9) et probable perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), présents depuis l'enfance. Elle a estimé que l'exercice d'une activité à temps plein était peu probable, tandis qu'une activité à temps partiel adaptée aux difficultés psychiques et cognitives de l'intéressé (vécu d'intrusion important, difficultés dans la gestion émotionnelle, troubles du sommeil importants avec répercussions sur le déroulement des journées [fatigue, irritabilité, etc.], perspective d'inscription dans un avenir [sur le plan professionnel, familial et personnel] en raison de la symptomatologie dépressive, avec à la fois une indifférence

et une résignation face à son état) pouvait être envisagée, sans être en mesure d'évaluer à quel taux à ce stade, se projetant toutefois sur un taux de 50 à 70 % maximum, avec un début très progressif à 20 % environ dans une activité occupationnelle. S'agissant des tâches quotidiennes, l'intéressé était globalement apte à les assurer, sans notion de difficultés majeures, mais limité par la fatigue, les angoisses, les problèmes d'attention et de concentration et une forme de désorganisation.

Par ordonnance de mesure d'extrême urgence du 10 mars 2025, la Justice de paix du district de Q*** a institué une curatelle de représentation et de gestion provisoire au sens des articles 445, 394 al. 1 et 395 al. 1 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) en faveur de l'assuré, sans restriction de ses droits civils, et a nommé Mme C._____, curatrice au sein du Service des curatelles et tutelles professionnelles, curatrice provisoire de l'intéressé.

Par courrier du 11 mars 2025, la curatrice a informé l'OAI que toute correspondance devait dès ce jour lui être directement adressée.

Dans un avis du 21 août 2025, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), constatant qu'il était difficile de recueillir des informations médicales actualisées, tant au niveau psychique (suivi interrompu en février 2025) que sur le plan somatique (impossible de se prononcer sur les éventuelles limitations fonctionnelles sur le plan orthopédique et leurs répercussions sur la capacité de travail), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, comprenant un volet psychiatrique, avec évaluation neuropsychologique, et un volet de chirurgie orthopédique.

Par courrier du 26 août 2025, l'OAI a informé l'assuré, par sa curatrice, de la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, avec volets orthopédique et psychiatrique. L'intéressé a été rendu attentif aux conséquences d'un refus inexcusable de se conformer à son obligation de collaborer.

Dite expertise a été confiée au centre d'expertises P._____
(ci-après : P._____), singulièrement aux Drs I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par pli du 10 septembre 2025, adressé à l'assuré et, en copie, notamment à son représentant légal, P._____ a convoqué l'intéressé le 24 septembre 2025 pour l'expertise orthopédique et le 10 octobre 2025 pour l'expertise psychiatrique.

Par courrier du 18 septembre 2025, la Justice de paix du district de Q*** a informé Mme C._____ qu'elle avait été nommée curatrice de l'assuré.

Le 24 septembre 2025, P._____ a informé l'OAI que l'assuré ne s'était pas présenté à son rendez-vous et priait l'OAI de sommer l'intéressé de se présenter le 10 octobre 2025, pour l'expertise psychiatrique avec le Dr N._____, et les 18 novembre et 9 décembre 2025 au cabinet de Mme O._____, psychologue, pour un examen neuropsychologique.

Par courrier recommandé du même jour, l'OAI a sommé l'assuré, par sa curatrice, de se rendre aux rendez-vous précités et de coopérer activement lors des examens, l'informant qu'à défaut, une décision allait être prise sur la base du dossier et qu'il devait alors s'attendre à une décision de refus.

Par courriel du 10 octobre 2025, P._____ a informé l'OAI que l'assuré, malgré la sommation du 24 septembre 2025, ne s'était à nouveau pas présenté au rendez-vous prévu le jour même.

Par courriel du 13 octobre 2025, l'OAI a informé P._____ qu'il annulait le mandat d'expertise.

Par projet de décision même jour, l'OAI a informé l'assuré, par sa curatrice, qu'il comptait lui refuser le droit aux prestations de

l'assurance-invalidité, au motif que, sur la base des éléments au dossier, il était impossible de définir une atteinte à la santé invalidante, et ce, à la suite du manquement de l'intéressé à son obligation de collaborer.

Par décision du 24 novembre 2025, l'OAI a en tout point confirmé son projet de décision.

B. Par acte du 12 janvier 2026, B._____, sous la plume de son mandataire, Me Guillaume Lammers, a déféré la décision du 24 novembre 2025 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement, à sa réforme, en ce sens que des prestations de l'assurance-invalidité lui soient octroyées, selon des modalités à préciser en cours d'instance, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause pour nouvelle instruction, respectivement complément d'instruction, et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a fait valoir qu'on ne pouvait pas lui reprocher d'avoir refusé « de manière inexcusable » de collaborer à l'instruction dans la mesure où il ressortait des différents rapports au dossier qu'il présentait notamment des problèmes d'oublis de rendez-vous, et plus généralement de désorganisation. Il a notamment produit une attestation du 15 décembre 2025 de la Dre M._____.

Dans sa réponse du 2 avril 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 8 mai 2026, le recourant a confirmé ses conclusions.

En droit :

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 a pour objet le refus de l'intimé d'octroyer une rente d'invalidité au recourant, singulièrement la question de savoir si ce dernier a contrevenu à son obligation de collaborer en refusant de se présenter à l'expertise bidisciplinaire qui avait été ordonnée auprès du BEM.

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

b) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le

caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

5. a) Aux termes de l'art. 28 LPGA, les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (al. 1). Quiconque fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit, fixer les prestations dues et faire valoir les prétentions récursoires (al. 2).

b) Selon l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (voir également l'art. 69 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA).

Le comportement de la personne assurée peut être qualifié d'inexcusable au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA lorsqu'aucun motif légitime n'est perceptible ou si le comportement considéré s'avère complètement incompréhensible (TF 8C_528/2009 du 3 novembre 2009 consid. 7.2 ; TF I 166/06 du 30 janvier 2007 consid. 5.1). Il en va différemment lorsque la personne assurée n'est pas en mesure, en raison d'une maladie ou pour d'autres motifs, de donner suite aux mesures ordonnées (TF 8C_733/2010 du 10 décembre 2010 consid. 5.3 et les références citées ; I 166/06 déjà cité consid. 5.1 et 5.2 ; cf. Jacques Olivier Piguet, op. cit., n° 51 ad art. 43 LPGA). Le comportement de la personne assurée ne doit cependant être sanctionné que pour autant que l'assureur a, en parallèle, tout mis en œuvre

pour constituer un dossier aussi complet que possible. Il ne saurait se décharger sur la personne assurée de mesures d'instruction auxquelles son devoir d'élucider d'office les faits déterminants lui commande de procéder. Il s'ensuit que toute attitude passive, voire tout refus de collaborer, de la personne assurée n'entraîne pas nécessairement un préjudice pour celle-ci, notamment lorsque l'assureur serait en mesure de se fonder sur d'autres données que celles dont il demande la communication ou lorsque, sans démarches excessivement compliquées, il aurait pu ou pourrait obtenir ailleurs les renseignements qui lui font défaut (TF 9C_505/2010 du 2 mai 2011 consid. 3.1, et les références citées ; TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 ; Jacques Olivier Piguet, op. cit., n° 52 ad art. 43 LPGa).

c) Lorsque l'assuré manque à son obligation de renseigner, l'art. 43 al. 3 LPGa prévoit que l'administration est en droit de se prononcer en l'état du dossier. Elle ne peut alors se contenter d'examiner la situation sous l'angle du seul refus de collaboration de l'assuré, mais doit procéder à une évaluation du point de vue matériel à la lumière des pièces au dossier (TF 9C_961/2008 du 30 novembre 2009 consid. 6.3 ; I 988/06 du 28 mars 2007 consid. 7).

d) En procédure de recours, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGa sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas – et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure – d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction

et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 et les références citées ; Jacques Olivier Piguet, op. cit., n° 55 ad art. 43 LPGa).

6. a) 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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1). Il ne peut pas être tenu compte dans le jugement des rapports médicaux rédigés après le prononcé de la décision sur opposition, à moins que ceux-ci soient de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4).

7. En l'espèce, dans la décision contestée, l'intimé s'est prononcé en l'état du dossier et a rejeté la demande de prestations du recourant, estimant qu'il lui était impossible de définir une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI, dès lors que l'intéressé avait opposé un refus inexcusable à son obligation de collaborer à l'instruction de la demande en ne participant pas à l'expertise bidisciplinaire organisée en vue de

déterminer son droit à des mesures de réadaptation et/ou à une rente. Pour sa part, le recourant estime que son comportement ne saurait être considéré comme inexcusable, faisant valoir qu'il ressort des différents rapports contenus au dossier des problèmes d'oublis de rendez-vous et plus généralement de désorganisation.

a) Cela étant, les explications fournies par le recourant pour expliquer son comportement (manquement à son obligation de collaborer) sont peu étayées. Si les troubles dont le recourant est atteint entraînent des difficultés dans sa vie quotidienne, celui-ci éprouvant des difficultés à s'organiser et à se conformer aux rendez-vous médicaux notamment, un déplacement au centre d'expertise à T*** ne pouvait toutefois pas être considéré en lui-même comme inexigible pour des raisons médicales. A cet égard, l'attestation du 15 décembre 2025 de la Dre M._____, postérieure à la décision litigieuse, peut être prise en compte dès lors qu'elle se rapporte au comportement observé par la psychiatre traitante avant la décision litigieuse – la dernière consultation remontant à février 2025. La psychiatre traitante n'a toutefois pas inféré de son rapport médical une impossibilité absolue pour le recourant de se rendre au centre d'expertises, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, au moment de la décision litigieuse. On observera au demeurant que, à d'autres occasions, le recourant avait été capable d'honorer ses rendez-vous et s'était montré ponctuel (cf. rapport du 11 septembre 2023 de Y._____ et courriel du 8 juillet 2024 de la Dre M._____). Dès lors que le recourant n'a pas donné suite à la mise en demeure du 24 septembre 2025, il y a lieu de considérer que l'intéressé a, de manière injustifiée, refusé de collaborer à l'instruction de manière adéquate.

Dans ces conditions, on doit admettre que le refus du recourant n'est pas excusable. L'intimé était fondé à procéder selon l'art. 43 al. 3 LPGA. Il n'est pas contesté que d'un point de vue formel, la procédure prévue par cette disposition a été respectée, étant à cet égard précisé que le recourant a dûment été rendu attentif aux conséquences de la violation de son obligation de collaborer (cf. courrier du 24 septembre 2025 de l'intimé).

b) Il convient de déterminer si le complément d’instruction requis par l’intimé était justifié, lequel a, sur la base du dossier tel que constitué, conclu à l’impossibilité de définir une atteinte à la santé invalidante au sens de l’AI.

Ainsi, sur le plan somatique, le Dr J._____, dans son rapport de suivi post-opératoire du 5 mars 2024, rapporte la persistance de douleurs, mais une cheville stable et, à l’examen clinique, une situation satisfaisante avec une cheville indolore, une mobilité complète en flexion-extension et une marche effectuée sans boiterie.

Sur le plan psychique, Mmes E._____ et G._____, dans leur rapport du 19 avril 2023, ont indiqué que le recourant présentait un quotient intellectuel de 88 (légèrement inférieur à la moyenne). Si elles ont indiqué que, compte tenu des éléments anamnestiques fournis par le recourant (difficultés en lecture, séances de psychomotricité, diagnostic de TDAH), il ne pouvait être exclu que l’intéressé ait présenté des troubles du développement psychologique (trouble spécifique des acquisitions scolaires et du développement moteur) ainsi qu’un TDAH, et que ces troubles du neuro-développement aient encore des répercussions actuellement, notamment le TDAH, en pénalisant les performances et le rendement (ce qu’elles n’avaient d’ailleurs pas confirmé), elles ont ajouté que le niveau d’intelligence du recourant devrait théoriquement, et indépendamment des autres facteurs impliqués (somatiques et fonctionnement psychique), permettre l’acquisition d’une formation professionnelle, pour autant qu’il soit tenu compte des limitations mentionnées. Dans leur rapport du 7 février 2024, la Dre K._____ et Mme L._____ ont quant à elles posé plusieurs diagnostics incapacitants (trouble envahissant du développement, sans précision, trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, et probable perturbation de l’activité et de l’attention, présents depuis l’enfance) et ont fait état d’un certain nombre de limitations fonctionnelles – dont la plupart sont retenues sur la seule base des dires du recourant –, sans pourtant se prononcer sur la capacité de travail de l’intéressé. Enfin, dans ses rapports des 14 août 2025 et 27 février 2025, la Dre M._____ a

posé les diagnostics incapacitants de syndrome de stress post-traumatique complexe (selon la CIM-11), actuellement avec critères selon la CIM-10 pour un syndrome de stress post-traumatique partiel et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, et de trouble dépressif récurrent, épisode actuels moyen, présents probablement depuis l'enfance, et de trouble envahissant du développement et probable perturbation de l'activité et de l'attention, présents depuis l'enfance. Elle a estimé qu'une activité à temps partiel adaptée aux difficultés psychiques et cognitives du recourant (vécu d'intrusion important, difficultés dans la gestion émotionnelle, troubles du sommeil importants avec répercussions sur le déroulement des journées [fatigue, irritabilité, etc.], perspective d'inscription dans un avenir [sur le plan professionnel, familial et personnel] en raison de la symptomatologie dépressive, avec à la fois une indifférence et une résignation face à son état) pouvait être envisagée, se projetant sur un taux de 50 à 70 % maximum, avec un début très progressif à 20 % environ dans une activité occupationnelle.

Il convient ainsi de constater qu'à l'instar de la Dre K. _____ et de Mme L. _____, le diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention n'est que probable mais pas confirmé. La Dre M. _____ insiste également sur le fait que les aspects de stress post-traumatique prennent une « *place considérable* » dans le tableau clinique et dans le discours du patient. Cependant, elle se contente de mentionner la résurgence de souvenir traumatique en lien avec « un passé de maltraitance au V*** », sans autre précision, à la fois sous forme de ruminations, de cauchemars, d'idée hétéro-agressives et une peur de devenir violent lors de frustrations minimales. La nature, l'intensité et la fréquence de ces manifestations ne sont toutefois pas décrites, ce qui ne permet dès lors pas d'évaluer le caractère incapacitant de ce diagnostic. La question des ressources apparaît également lacunaire (nature exacte des relations familiales et amicales inconnue, questions au sujet des ressources et des centres d'intérêts restées sans réponse) alors que d'autres éléments au dossier montrent un certain nombre de ressources (suit des cours en ligne pour apprendre le graphisme dans les jeux vidéo, s'occupe de ses frères et sœurs et aide sa mère pour les tâches ménagères [cf. rapport du 11 septembre 2023 de

Y._____]). De plus, la compliance aux différents traitements instaurés (Cipralex, Tranxilium, puis Sertraline) n'a pas été confirmée par des contrôles sanguins ou urinaires. A cet égard, le recourant a admis avoir cessé de son propre chef la prise de Sertraline. Par ailleurs, si des troubles du sommeil sont évoqués, ceux-ci n'ont pas été confirmés sur le plan médical. Quoi qu'il en soit, aucun élément au dossier ne permet d'établir que le recourant a entrepris des démarches thérapeutiques pour les traiter ou les soulager, respectivement que ces démarches se soient soldées par un échec. Aussi, des facteurs bio-psycho-sociaux sont mentionnés (notamment l'environnement familial), dont on ignore l'influence sur l'appréciation de la Dre M._____.

c) Ainsi, force est de constater que, au vu des avis médicaux contenus dans le dossier, la nécessité d'une expertise bidisciplinaire ne saurait être remise en cause. Les rapports médicaux figurant au dossier sont en effet insuffisants en vue d'établir de manière complète l'état de fait déterminant d'un point de vue médical en englobant toutes les atteintes somatiques et psychiques, ainsi que leurs intrications et leurs répercussions sur la capacité de travail et de rendement du recourant dans une éventuelle activité lucrative exigible de sa part. Ces derniers aspects ne sont pas évalués de manière suffisamment précise dans les avis précités, ni quant à leur ampleur, ni pour ce qui concerne leur évolution dans le temps. Il se justifie dès lors sans conteste d'organiser une expertise bidisciplinaire en psychiatrie avec volets neuropsychologique et orthopédique ; pour ce faire, le choix de l'intimé de mandater une institution spécialisée dans ce genre d'approche ne saurait être critiqué. Au demeurant, force est de constater que le recourant lui-même ne remet pas en cause la nécessité de l'expertise.

d) Le recourant n'ayant pas donné suite à la mise en demeure du 24 septembre 2025, formellement conforme à ce qu'exige l'art. 43 al. 3 LPGa, c'est à bon droit que l'intimé a considéré qu'il refusait de collaborer à l'instruction de manière adéquate et a rendu la décision contestée du 24 novembre 2025. Une nouvelle demande de prestations AI pourra être

déposée aussitôt que le recourant sera pleinement disposé à collaborer à l'instruction.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa).

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Lammers peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 22 mai 2026, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), il convient de retenir qu'elle ne peut pas être intégralement suivie. En effet, l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, on observe que le temps consacré à la rédaction du recours, soit six heures au total, apparaît excessif, ce d'autant plus qu'il s'ajoute aux opérations « prise de connaissance et analyse du dossier » (quatre heures) et « analyse juridique » (une heure). En l'occurrence, en tant que le recours ne fait que six pages et qu'à peine plus d'une page est consacrée à l'argumentation juridique et à la discussion de la décision attaquée, il est raisonnable de retrancher trois heures pour la rédaction du recours. En outre, la liste des opérations mentionne de nombreux contacts (téléphone et messagerie électronique) avec la curatrice du recourant et le Service des tutelles et curatelles professionnelles, dont l'utilité pour la défense adéquate des

intérêts du recourant n'est pas perceptible, au vu de l'objet du litige. Il convient dès lors, à tout le moins, de retrancher la moitié de ces contacts, soit une heure et six minutes de travail. En définitive, l'équitable indemnité à verser à Me Lammers pour son mandat d'office s'élève 2'115 fr. (11,75 heures x 180 fr.) pour ses honoraires, auxquels s'ajoutent les débours par 105 fr. 75 (2'115 fr. x 5 %) et la TVA par 179 fr. 88 (2'220 fr. 75 x 8,1 %), soit une indemnité totale de 2'400 fr. 63 débours et TVA compris.

e) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

**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 24 novembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de B. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité de Me Guillaume Lammers, conseil d'office de B. _____, est arrêtée à 2'400 fr. 63 (deux mille quatre cents francs et soixante-trois centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Guillaume Lammers (pour B._____, agissant par l'intermédiaire de C._____, curatrice auprès du Service des tutelles et curatelles professionnelles),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :