

VD_GERICHTE ZD23.005768 vom 24. Januar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-01-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.005768

FR: VD_GERICHTE ZD23.005768 du 24 janvier 2025

IT: VD_GERICHTE ZD23.005768 del 24 gennaio 2025

Erwägungen

E. 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).

- 26 - 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

- 27 - 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 18e 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

- 28 - 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 assécurologique. 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).

- 29 - 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).

- 30 - 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

- 31 - 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, 3e 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, no 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

- 32 - 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 prolixe 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 anxieux généralisé, l'expert Z._____ a d'abord exposé que selon la CIM-10, ce trouble

- 33 - 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 événements 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 événements 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 anxieux généralisé. 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

- 34 - 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 abasé, 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

- 35 - 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 voisins 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.

- 36 - 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

E. 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).

- 37 - 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 anxiété généralisée 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

- 38 - 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.

- 39 - 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 faisait 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

- 40 - 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

- 41 - 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

- 42 - 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 assécurologique 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

- 43 - la santé en lien avec le diagnostic d'acromégalie, puis de 0 % depuis le 1er 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

- 44 - 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.

- 45 - 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

- 46 - mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPG). 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

- 47 - 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

- 48 - 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 LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.