

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juin 2026

Composition : M. NEU, président
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourant, représenté par le Service des curatelles et tutelles professionnelles, à U***,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

En fait :

A. a) B. _____ (ci-après, également : l'assuré ou le recourant), né en ***, ressortissant portugais, est célibataire et père d'un enfant né en ***. Il est entré en R*** en *** au bénéfice d'une autorisation de séjour de type B UE/AELE. Sans formation, après avoir œuvré comme jardinier puis nettoyeur, il travaillait depuis le 1^{er} mars 2011 en tant que manœuvre au service de la société D. _____ SA, à U***.

b) Le 3 février 2013, dans un contexte d'une agression, l'assuré est tombé involontairement d'une fenêtre et a chuté de plusieurs mètres. Il a été blessé aux deux pieds et chevilles.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a pris en charge le cas.

En arrêt de travail à 100 % depuis l'accident de février 2013, l'assuré a été annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce, puis a déposé une première demande de prestations auprès de l'OAI le 14 janvier 2014.

Par décision du 1^{er} mai 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif que l'assuré conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de mars 2014 et que son degré d'invalidité était de 6 %, taux inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente. Une aide au placement lui a été octroyée.

Un suivi psychiatrique de l'assuré a été initié en décembre 2016 auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie Les S. _____.

c) Le 5 décembre 2016, B. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité pour les suites de son accident.

Par projet de décision du 20 janvier 2021, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité) compte tenu de l'absence de modification de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 1^{er} mai 2015.

Dans le cadre des objections formulées les 10 février et 4 mars 2021 contre ce préavis, l'assuré, par son conseil Me Gilles-Antoine Hofstetter, a produit un rapport du 16 mars 2021 du centre Les S._____.

L'OAI a mandaté le Bureau d'Expertises Médicales (G._____) G._____ Sàrl, à T***, pour réaliser une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) de l'assuré. Dans leur rapport, enregistré le 16 novembre 2021 au dossier, les Drs K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics incapacitants de douleurs des deux pieds, à droite après fracture du calcanéum ostéosynthésée avec de l'arthrose calcanééo-talienne mise en évidence sur une scintigraphie osseuse, de douleurs de la cheville gauche après une fracture-luxation du pilon tibial traitée chirurgicalement en février 2013 et de trouble de l'adaptation, de type anxio-dépressif avec symptômes résiduels d'état de stress post-traumatique (F43.2). Les diagnostics non-incapacitants étaient un épisode dépressif en rémission (F33.4) et un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). Sur le plan somatique, si la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 3 février 2013, elle était entière depuis février 2015 (après ablation du matériel d'ostéosynthèse) dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail dans l'activité habituelle était estimée à 50 % de début 2017 à décembre 2019, et à 80 % (100 % - 20 % de diminution de rendement) depuis janvier 2020 en raison des effets secondaires de la médication impactant sa capacité de concentration, avec ralentissement et fatigue due à des troubles du sommeil. Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient les suivantes : « sensibilité à la critique et à l'autorité, sensibilité au stress et à la pression, difficultés de concentration avec risque d'erreur pour des tâches assidues ou de

précision, tendance à la passivité et risque de mise en échec de projets par autolimitation en cas de sollicitation de ses jambes, diminution de rendement en raison de son ralentissement du aux effets secondaires de ses traitements. Les difficultés de concentration et le rendement diminué sont susceptibles de s'améliorer avec une diminution de sa médication antalgique. Les activités en groupe ou sous autorité constante peuvent s'avérer problématiques ».

Par avis du 29 mars 2023, la société « M. _____ », à V***, alors mandatée par l'assuré, a avisé l'OAI d'une péjoration de l'état de santé psychique de l'intéressé et de la production de nouveaux rapports médicaux, à la suite d'un changement de médecin psychiatre.

A compter du mois de septembre 2023, l'assuré a été mis sous curatelle de représentation et de gestion, ce dont l'OAI a été informé par avis du Service des curatelles et tutelles professionnelles du 18 octobre 2023. Dans sa séance du 13 octobre 2023, la Justice de paix du district de U*** a nommé N. _____, curateur de B. _____.

Le 10 février 2024, le Prof. P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par le Tribunal d'arrondissement de U***, a rendu un rapport dont il ressort que la capacité de travail de l'assuré était très certainement nulle depuis février 2013 compte tenu de la sévérité de la symptomatologie psychiatrique.

Par nouveau projet de décision du 20 janvier 2024, remplaçant celui du 20 janvier 2021 et faisant siennes les conclusions de l'expertise du G. _____, puis par décision du 4 avril 2024, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2018 au 31 mars 2020 fondée sur un degré d'invalidité de 50 % ; dès le mois de janvier 2020, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui, après comparaison des revenus, mettait en évidence un degré d'invalidité de 19 %, excluant le maintien du droit à la demi-rente au-delà du 31 mars 2020, trois mois après l'amélioration constatée.

Par courriel du 6 mai 2024, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel suivait l'assuré depuis octobre 2023, a suggéré au curateur de l'intéressé de recourir contre la décision précitée. Il a joint un rapport du 1^{er} mai 2024 posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, sans symptômes psychotiques, de trouble de stress posttraumatique (PTSD) et de déficit intellectuel léger et estimant la capacité de travail de l'assuré comme nulle, avec un pronostic réservé en raison du fonctionnement intellectuel et cognitif limité (selon les résultats d'un bilan neuropsychologique réalisé au mois de janvier 2024).

B. Par recours déposé le 6 mai 2024 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, B._____, représenté par son curateur N._____, a conclu à un réexamen de la décision litigieuse refusant le droit à la rente à compter du 31 mars 2020, et à sa réforme au vu de l'état de santé actuel. Il se prévalait en particulier des séquelles psychologiques non prises en compte par l'OAI, alors qu'elles impactaient « fortement » la capacité de travail, selon les médecins consultés, et que cette aggravation de l'état de santé était antérieure à la décision attaquée du 4 avril 2024. Le recourant a également sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire « pour les avances de frais et les frais judiciaires ».

Par décision du 13 mai 2024, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 6 mai 2024. Il a été exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires, ainsi que de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 17 juin 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a observé, sur la base d'un avis SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 10 juin 2024, que les critiques du recourant n'étaient pas susceptibles de modifier sa position.

Avec sa réplique du 15 août 2024, le recourant a produit un courriel du 6 août 2024 du Dr C. _____ qui s'exprimait sur l'avis SMR du 10 juin 2024.

Dans sa duplique du 3 septembre 2024, produisant un avis SMR du 27 août 2024 auquel il se ralliait, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée, compte tenu de l'absence d'un élément médical objectif nouveau qui n'aurait pas été pris en compte depuis l'expertise de 2021.

Au terme d'un échange de déterminations produites les 4 octobre et 4 novembre 2024, comprenant le versement d'un rapport du 2 octobre 2024 du Dr BC. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et un avis SMR du 11 octobre 2024, les parties ont maintenu leurs positions respectives.

Le 6 janvier 2025, le magistrat instructeur a confié à la Dre E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique, voire neurologique, de B. _____. Se fondant sur ses entretiens cliniques et entrevues téléphoniques avec les soignants ainsi que sur l'analyse du dossier médical constitué, l'experte judiciaire a rendu son rapport le 1^{er} décembre 2025. L'experte a retenu les diagnostics suivants :

- “• Trouble de stress post-traumatique avec symptômes dissociatifs (309.81)
- Trouble à symptomatologie somatique (300.82)
- Trouble dépressif caractérisé non spécifié, épisodes récurrents (296.30)
- Handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) léger (317)”

Au titre de ses conclusions, l'experte E. _____ a retenu une incapacité de travail totale du recourant dans toute activité depuis l'agression subie le 3 février 2013. Elle a précisé que le pronostic était sombre et que toutes les mesures de réadaptation avaient été vouées à l'échec ; au mieux, une activité occupationnelle dans un milieu protégé, bienveillant et adapté au retard mental pourrait être envisagée.

Se ralliant au point de vue du SMR (avis du 17 décembre 2025), dans ses déterminations du 29 janvier 2026, l'OAI a contesté l'évaluation de la capacité de travail du recourant retenue dans le rapport d'expertise judiciaire du 1^{er} décembre 2025, critiquant le *dies a quo* de l'incapacité de travail fixée au 3 février 2013 au motif que le suivi psychiatrique avait débuté seulement fin 2016, avec une capacité de travail de 50 % retenue dans une activité adaptée. L'intimé observait également qu'il existait de possibles autolimitations et que le handicap intellectuel léger n'avait pas empêché le recourant de travailler avant son accident. Par ailleurs, des mesures médicales, en particulier la thérapie EMDR ainsi que la poursuite régulière du suivi et du traitement antidépresseur, étaient exigibles sur le plan médical et propres à améliorer la capacité de travail à 60 - 100 % dans un délai de deux ans. Enfin, l'OAI observait que la décision entrée en force du 1^{er} mai 2015 remontait à plus de dix ans, ce qui excluait une révision procédurale.

Le 17 février 2026, le recourant a informé qu'il n'avait pas de commentaire ni de remarque à formuler.

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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, sans limite dans le temps, soit au-delà du 31 mars 2020.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la décision litigieuse octroyant à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2018 au 31 mars 2020.

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) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

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 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) 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).

d) 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

e) 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).

f) En principe, le juge ne s'écarter 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). Selon la jurisprudence, 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 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

4. a) En l'occurrence, une expertise judiciaire psychiatrique a été mise en œuvre, au vu des avis très divergents entre le G._____, suivi par le SMR, et les médecins traitants psychiatre, neuropsychiatre et généraliste.

Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, le recourant a été examiné à cinq reprises par la Dre E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui, sur la base également des entretiens par téléphone qu'elle a eu avec les médecins consultés, a posé les diagnostics de trouble de stress post-traumatique avec symptômes dissociatifs (309.81), de trouble à symptomatologie somatique (300.82), de trouble dépressif caractérisé non spécifié, épisodes récurrents (296.30) et de handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) léger (317). Dans son appréciation globale de la situation, l'experte judiciaire a notamment émis les considérations suivantes (rapport d'expertise psychiatrique du 1^{er} décembre 2025, p. 33 s.) :

Discussion

Au terme de mon investigation, je retiens les diagnostics incapacitants de trouble de stress post-traumatique avec symptômes dissociatifs ; trouble à symptomatologie somatique ; trouble dépressif caractérisé non spécifié, épisodes récurrents et handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) de sévérité légère.

Selon le DSM-5 [cinquième et plus récente édition, publiée en 2013, du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques], le trouble de stress post-traumatique se base sur la présence des critères suivants :

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. M. B._____ relate l'agression du 3 février 2013 comme une menace de mort quand il a

vu une arme à feu pointée sur lui ; il dit s'être cru touché par une balle durant sa chute et il a chuté d'une hauteur suffisamment haute pour que la réception de cette chute lui occasionne des fractures aux deux membres inférieurs. Au sol, les jambes fracturées, il a eu suffisamment de crainte que ses agresseurs l'achèvent pour ramper jusqu'à la station-service la plus proche. Ces éléments, cohérents dans leur déroulé, exposés ainsi depuis 2013 par l'expertisé, ont valeur de traumatisme.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause. M. B. _____ évoque des reviviscences des événements traumatiques, des cauchemars récurrents, des flash-backs, des sentiments de détresse psychique lorsqu'il est exposé à des situations même insignifiantes, mais qui lui rappellent l'agression du 3 février 2013 (bruits, cris, cloche qui sonne, ambulance, voiture de police, le mot W***), avec des réactions physiologiques marquées telles que palpitations, sueurs, tremblements.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques. On note un évitement chez M. B. _____, de toute situation qui réactive le traumatisme : il ne sort plus le soir, il fuit tout endroit trop bruyant, il évite de repasser au W*** où a eu lieu l'agression, il éteint sa télévision dès qu'il y a des scènes de conflits, de violence, des armes à feu, etc.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques. M. B. _____ dit ne plus se reconnaître depuis l'agression, ne plus avoir d'« identité », se sentir « absent » de lui-même, angoissé, isolé, il dit ne plus faire confiance en personne, et pense être vu par les autres « comme un malade ». Il en veut énormément aux acteurs de l'agression et à lui-même « d'avoir été là ». Il se dit constamment dans la peur, la colère, la honte.

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques. M. B. _____ se dit fréquemment irritable ou en colère, que tout l'agresse, il se vit dans un sentiment d'hypervigilance, sursaute au moindre bruit, dit ne plus parvenir à se concentrer, son sommeil est perturbé.

Associés à ces symptômes constitutifs d'un trouble de stress post-traumatique, on note chez M. B. _____ des symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et, dans une moindre mesure, de déréalisation. Il décrit la sensation de se voir, de s'observer à distance, comme s'il était loin de son corps. Si un élément extérieur à lui réactive le traumatisme il dit « le temps s'arrête, je sors de moi-même, je suis en haut et je regarde la scène ». Il dit se sentir régulièrement étranger à lui-même, comme s'il avait perdu son identité ; il dit se sentir déconnecté de lui-même et de ses sentiments, ne parvenant plus à ressentir d'émotions autres que la colère ou l'agacement. Il décrit aussi, dans le registre de la déréalisation, le sentiment que « tout a changé » dans des lieux que pourtant il connaît bien.

Mme H._____ et Mme BJ._____ retiennent le qualificatif de « complexe » au TSPT de M. B._____. Selon la définition de la CIM-11 [Classification Internationale des Maladies version 11, publiée par l'OMS], « *Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe) est un trouble qui peut apparaître après une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongés ou à des événements répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (p. ex. torture, esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuel ou maltraitance physique sur des enfants). Tous les critères de diagnostic du TSPT sont satisfaits. En outre, le TSPT complexe se caractérise de façon sévère et persistante par 1) des problèmes de régulation de l'affect ; 2) l'impression d'être diminué, vaincu ou inutile, accompagnée de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique ; et 3) des difficultés à entretenir les relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants* ». Par définition, ce trouble se rencontre le plus souvent si les traumatismes vécus sont récurrents et survenus durant l'enfance. Il est probable que M. B._____ ait vécu une enfance marquée par la maltraitance familiale, même si son discours est très peu prolixe à ce sujet. On peut émettre l'hypothèse qu'il tait une partie de son vécu, par loyauté envers ses parents, par honte en lien avec des humiliations répétées ou par évitement des éprouvés négatifs survenant lors du récit. Si des traumatismes infantiles ont effectivement été vécus, ils peuvent avoir aggravé les manifestations du TSPT en lien avec les événements du 3 février 2013. Toutefois, si on se réfère aux critères du TSPT complexe, on peut certes relever chez M. B._____ des problèmes de régulation des affects et notamment de la colère, mais qui semblent avant tout en lien avec le traumatisme du 3 février 2013 tout comme ses sentiments de honte, culpabilité ou échec, et ses difficultés à se sentir proche des autres. Avant son agression, il se décrit comme un homme ayant beaucoup de gens autour de lui, aimé et capable d'aimer en retour, et ce malgré son enfance difficile.

Comme deuxième diagnostic, je retiens un trouble à symptomatologie somatique. Ce trouble se caractérise par la présence de symptômes somatiques qui sont stressants pour l'individu, source de détresse ou d'une altération significative de la vie quotidienne, et par une attention excessive dirigée sur les symptômes, attention qui peut être manifeste par un contact répété avec des professionnels de la santé. Les pensées sont persistantes et excessives concernant la gravité des symptômes, avec un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes, et beaucoup de temps et d'énergie y sont dévolus. On peut spécifier l'atteinte chronique si l'évolution dépasse 6 mois. Généralement, le syndrome de détresse physique implique de multiples symptômes corporels qui peuvent varier au cours du temps. Occasionnellement il y a un seul symptôme, en général des douleurs ou de la fatigue, qui est associé aux autres caractéristiques du trouble. M. B._____ présente depuis 2013 une atteinte aux membres inférieurs. Certes, cette atteinte trouve son origine dans les fractures qu'il a subies, associées actuellement à de l'arthrose, mais tous les somaticiens qui se sont penchés sur son cas mettent en évidence une discrétion entre l'intensité des douleurs et le status

clinique et radiologique de ses chevilles. En effet, le Dr I. _____ n'avait « *pas d'explication orthopédique à cette évolution catastrophique sur le plan subjectif* » et se demandait « *si une comorbidité psychiatrique ne vient pas moduler les plaintes du patient qui jusqu'ici était tout à fait adéquat* ». La BM. _____ évoquait un « *catastrophisme élevé* », « *une perception de handicap fonctionnel hors de proportion avec les constatations objectives, associé à une focalisation sur la douleur et à de nombreuses autolimitations* » ; le Dr BN. _____ du Centre d'V. _____, évoquait que « *sur le plan objectif, il n'y a aucun élément qui permette d'expliquer l'intensité de ses symptômes* ». Le Dr BP. _____ relevait que « *le vécu douloureux s'est installé en développant des fonctions stabilisantes à plusieurs niveaux : chez un assuré avec peu de ressources scolaires, sans formation attestée et avec peu de motivation pour l'apprentissage d'une nouvelle profession dans le domaine du réalisable, les douleurs fonctionnent comme un garant pour retarder les difficultés d'une réadaptation professionnelle qui s'annonce comme étant épineuse* ». Les experts du G. _____ retenaient un « *trouble douloureux somatoforme persistant* » (qui est l'ancienne appellation du trouble à symptomatologie somatique) mais non incapacitant ; et enfin le Prof. P. _____ sans retenir ce diagnostic, évoquait tout de même chez l'expertisé « *une tendance à somatiser les problèmes psychiques en se focalisant sur l'atteinte aux membres inférieurs* ».

Mon hypothèse pour la compréhension de cette atteinte somatoforme qui rejoint celle du Prof. P. _____, réside dans le fait que M. B. _____, exprime par le corps ses atteintes traumatiques. Une part de la colère et du désir de vengeance inassouvis de l'expertisé, qui n'a jamais eu de reconnaissance formelle de son agression par la justice, se manifeste par une impossibilité à aller mieux en ce qui concerne son handicap et ses douleurs, comme si aller mieux pouvait vouloir dire oublier ou pardonner ce qu'il a subi impunément.

Je retiens encore un diagnostic de trouble dépressif récurrent, rendant compte de la symptomatologie dépressive manifestée par l'expertisé de manière variable en intensité, mais relayée par tous les intervenants et qualifiée de légère à sévère en fonction des périodes. Cette symptomatologie est fortement liée au trouble de stress post-traumatique dans la mesure où ce sont les conséquences du trauma qui péjorent la thymie de M. B. _____, qui engendrent de la fatigue, des troubles de la concentration, une attitude pessimiste envers l'avenir, une anxiété quotidienne, un repli sur soi, une baisse de l'estime de soi, des troubles du sommeil et des idées suicidaires, autant de caractéristiques tout à la fois présentes dans les deux pathologies souvent comorbides l'une de l'autre.

Je retiens enfin un diagnostic de handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel). Par définition selon le DSM-5, le déficit intellectuel implique des difficultés dans le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement et l'apprentissage par l'expérience. A quoi s'ajoute un déficit des fonctions adaptatives qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. Sans assistance au long cours, les déficits adaptatifs limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne comme la

communication, la participation sociale, l'indépendance, dans des environnements variés tels que la maison, l'école, le travail, la collectivité. Toujours selon la définition du DSM-5, l'abstraction, les fonctions exécutives (c.-à-d. planification, élaboration de stratégies, classement par priorité, flexibilité cognitive), la mémoire à court terme tout autant que l'utilisation des compétences scolaires (p. ex. lecture, gestion de l'argent) sont altérées. Il existe une approche plutôt concrète des problèmes et des solutions par rapport aux adultes du même âge.

Par rapport aux adultes du même âge, le sujet est immature dans ses interactions sociales. Par exemple, il peut avoir des difficultés à percevoir avec acuité les codes sociaux. La communication, la conversation, le langage sont plus concrets ou immatures que ce qui est attendu pour l'âge. Il peut y avoir des difficultés à contrôler l'émotion et le comportement de façon appropriée à l'âge ; ces difficultés sont remarquées par les autres dans la vie sociale. Le sujet a une compréhension limitée des risques dans les situations sociales ; son jugement y est immature et il court le risque d'être manipulé par les autres (crédulité). Le sujet peut agir de manière appropriée à son âge pour les soins personnels. Il nécessite cependant, plus que ses pairs, une assistance pour les tâches plus complexes de la vie quotidienne. À l'âge adulte, les aides concernent surtout les achats alimentaires, les transports, la prise en charge des enfants et de la maison, la préparation de repas équilibrés, la gestion des comptes et de l'argent. L'aptitude aux loisirs est peu différente des sujets du même âge, bien que l'appréciation des aspects relatifs au bien-être et à l'organisation durant les distractions nécessite une aide. À l'âge adulte, le sujet peut réussir à trouver un emploi en milieu normal mais dans des fonctions qui ne mettent pas en avant les compétences intellectuelles. Ces personnes ont généralement besoin d'aide pour prendre des décisions médicales et légales, et pour pouvoir mettre à profit avec compétence une formation professionnelle. Un soutien est habituellement nécessaire pour élever une famille.

On retrouve la plupart des éléments cliniques chez l'expertisé. Durant tout son parcours de vie, on note des éléments cohérents avec un retard mental, il a redoublé à deux reprises ses années de scolarité primaire et il n'a jamais entamé de formation. Dans ses emplois, il dit qu'il était un bon exécutant, pour autant que son chef vérifie tout ce qu'il faisait, étant incapable de mesurer ou calculer correctement. Il se montre immature dans ses interactions sociales, notamment ses relations affectives. Il s'est toujours appuyé sur les femmes qui l'ont accompagné dans sa vie, que ce soit pour la gestion de ses affaires, ou pour les décisions à prendre (fait tout ce qu'on lui dit de faire, se convertit à la religion de sa partenaire, ne peut pas rentrer chez lui parce qu'il est en chaise roulante, etc.). Sans étayage, il n'est pas capable de gérer ses affaires administratives et financières, au point qu'il a dû être placé sous curatelle quand ses conjointes ont cessé de s'en occuper. Il n'a pas eu non plus les ressources pour conserver un lien parental avec son fils. En entretien, on observe cliniquement chez l'expertisé des lacunes intellectuelles se manifestant dans sa difficulté à comprendre les questions simples, à effectuer des calculs simples, dans le fait de ne pas connaître l'âge de ses parents, sans auto-critique. Ses raisonnements sont pauvres ou axés sur le concret ; il gère mal ses émotions quand il fait face à l'imprévu (exemple de l'interaction houleuse avec le représentant du X. _____).

Par ailleurs, cette appréciation diagnostique repose sur les tests d'efficacité intellectuelle qui ont été effectués en 2021 et 2024. Les conclusions du test de 2021 relevaient « *des scores déficitaires dans la plupart des fonctions cognitives évaluées (calcul, gnosies visuelles, discriminatives, mémoire antérograde visuelle, attention, théorie de l'esprit) (...) les indices de raisonnement perceptif et de vitesse de traitement sont très inférieures à la norme (IRP = 60 [IC 95% 56 - 68] ; IVT = 61 [IC 95 % 57 - 75]) et situeraient l'assuré au niveau du retard mental léger* ». En 2024 un nouveau bilan mettait en exergue un QI global se situant dans la catégorie inférieure à la norme de 66 à 76, avec un intervalle de confiance de 95% évoquant un tableau compatible avec un trouble du développement intellectuel léger. Certes les tests de 2021 mettaient en lumière que des « *tests de validation des performances sont échoués* » mais la cohérence entre les plaintes de l'expertisé, son parcours de vie, les observations cliniques et les résultats comparables aux tests d'intelligence à 3 ans d'écart, sont suffisamment probants pour estimer que l'intelligence de l'expertisé se situe dans une zone inférieure à la norme de manière légère, et ce depuis son enfance.

La conjonction de ces atteintes psychiatriques engendre à mon sens une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité actuellement. Sur le plan de ses limites fonctionnelles, on peut dire que M. B. _____ souffre d'une thymie abaissée, de troubles du sommeil qui engendrent une fatigabilité. Il rencontre des difficultés à se concentrer, des troubles de la mémoire. Il craint toute interaction conflictuelle, de nature à réveiller des symptômes de son TSPT, avec des débordements émotionnels (peur, colère, jusqu'à la dissociation), un besoin de fuir ou d'éviter tout stimulus difficilement gérable, mais qui restent des stimuli qu'on rencontre constamment (bruits, cris, altercations, cloches qui sonnent, sonneries et portables, sirènes, etc.), surtout si on imagine des horaires de travail usuels qui engendrent de devoir être en ville aux heures de pointe. Ce tableau clinique associé à un retard mental est de nature à entraver toute capacité de nouveaux apprentissages. Son état physique et psychosomatique entrave toute reprise de travail dans le domaine du chantier et M. B. _____ n'a pas les ressources tant intellectuelles que psychologiques actuellement pour apprendre une nouvelle fonction. Toute tentative dans ce sens a d'ailleurs été avortée, car il s'énerve et n'a plus la souplesse psychique qui permet de faire face à l'erreur et recommencer la tâche jusqu'à ce qu'il puisse y parvenir. Je situe le début de son incapacité de travail totale au 3 février 2013, date de son agression.

Le pronostic est sombre. Si les traitements, notamment la thérapie EMDR, pourront à terme probablement soulager le TSPT, apaiser la symptomatologie dépressive et peut-être la symptomatologie psychosomatique, les séquelles physiques de ses fractures entraveront toujours sa capacité à se déplacer, et le retard mental, qui n'est pas évolutif, sera toujours un handicap important à tout nouvel apprentissage. Et plus l'expertisé sera éloigné de toute stimulation intellectuelle, plus il sera hermétique à une ouverture vers un nouvel apprentissage, non pas par manque de volonté, mais par sclérose adaptative et cognitive. Tout au plus peut-on imaginer, à terme, soit d'ici quelques années, qu'il pourra peut-être, en fonction

de son évolution, intégrer un atelier protégé du type Polyval pour y exercer une activité occupationnelle.

Mes conclusions sont ainsi en accord avec celles du Prof. P. _____ et de tous les intervenants du réseau de soins, mais je m'éloigne des conclusions de l'expertise du G. _____.

En effet, l'experte psychiatre du G. _____ relevait que « *Des éléments d'état de stress post-traumatique non envahissants sont décrits* » sans toutefois avoir quantifié ces éléments à l'aide d'une échelle du type de la PCL-5. Je m'étonne du qualificatif de « *non envahissant* » quand on entend à quel point l'expertisé est handicapé au quotidien par ses symptômes. A noter en outre, que ces éléments sont relayés par les intervenants ; je cite notamment l'infirmière de la CB. _____ qui évoque les variations d'humeur et les tentatives de fuite ou d'évitement dès qu'un stimulus vient perturber M. B. _____. Je m'étonne aussi que le diagnostic de « *Trouble douloureux somatoforme persistant* » soit qualifié de non-incapacitant, alors que l'expertisé ne fait pas un pas sans ses cannes.

Concernant les conclusions des experts du G. _____, exprimant que le trouble de la concentration, ralentissement, troubles du sommeil étaient jugées comme « *en partie secondaire à sa médication psychotrope et antalgique (Tramadol)* », j'abonde dans l'idée que la médication constituée de hautes doses de [Q]uétiapine et d'antalgiques ait été un facteur explicatif à la sédation et au ralentissement de l'expertisé. Pour autant, affirmer que ces symptômes n'étaient que iatrogènes aurait supposé une fenêtre thérapeutique avec un wash out de toute médication afin d'observer un amendement total de ces atteintes, ce qui n'a pas été fait.

L'experte psychiatre évoquait que M. B. _____ « *est apte à s'assumer lui-même, mais dépend de sa compagne pour les tâches ménagères en raison de douleurs et les tâches administratives en raison de difficultés à maîtriser l'informatique* ». On comprend mal que les limitations intellectuelles de l'expertisé soient décrites dans cette seule phrase, quand on sait qu'il ne gère aucune de ses affaires, aucune tâche ménagère ou de cuisine. Ses limitations sont telles qu'il est sous curatelle, qu'un appartement sous supervision a été envisagé avant que son ex-amie le reprenne à la maison et qu'il a un réseau de soins important pour l'aider dans tout, y compris pour se souvenir de ses rendez-vous. Il n'y a dans les faits que ses soins corporels et l'achat de ses vêtements qu'il gère seul. Limiter, comme l'a fait l'experte psychiatre, les incompétences de M. B. _____ à ses douleurs physiques pour faire le ménage et à des difficultés à maîtriser l'informatique pour les tâches administratives, paraît particulièrement réducteur. Dans les faits, l'experte n'a retenu que des limitations intellectuelles, alors que les tests et les observations cliniques permettent d'affirmer la présence d'un retard mental avéré.

L'experte psychiatre préconisait une intensification du suivi « *bien que l'approche psychothérapeutique reste limitée* » et une diminution du Tramadol et de la Quétiapine pour diminuer les effets secondaires sur la concentration et le sentiment de fatigue, préférant du Trittico ou de la Mirtazapine pour améliorer le sommeil. Ainsi selon elle, « *une capacité de 100% devrait être atteignable* ». Ces recommandations ont été suivies. Avec un recul de 4 ans, on observe que la Quétiapine

a été arrêtée, avec une diminution de la fatigue et de la sédation de l'expertisé, mais une recrudescence des symptômes du TSPT, qui étaient probablement anesthésiés mais non traités par de telles doses de neuroleptique. Un traitement de Trittico a été instauré, avec un effet bénéfique, mais de loin pas suffisant pour observer un amendement de la symptomatologie du TSPT qui, on le sait, ne répond que très partiellement à la médication. Le suivi a été fortement intensifié, avec deux psychologues, et deux infirmiers en plus du suivi psychiatrique, mais pour l'heure même si l'expertisé est décrit comme plus stable, on est très loin de pouvoir juger son évolution comme suffisante pour qu'il soit considéré comme apte à travailler à 100 %."

b) Sur le plan formel, le rapport d'expertise judiciaire du 1^{er} décembre 2025 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 3e-f supra). La Dre E. _____ a rendu son rapport sur la base d'une anamnèse circonstanciée tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par le recourant ainsi que de ses antécédents. Elle a également procédé à un examen clinique détaillé, rencontrant le recourant à cinq reprises. Elle s'est de surcroît entretenue téléphoniquement avec les divers médecins consultés. Elle a été en mesure de discuter en détail les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail du recourant, après discussion systématique des autres avis médicaux versés au dossier. Reposant sur des investigations médicales complètes et minutieuses, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués *lege artis* sur la capacité de travail emportent la conviction.

c) Sur le plan matériel, la Dre E. _____ a posé les diagnostics incapacitants de trouble de stress post-traumatique avec symptômes dissociatifs, de trouble à symptomatologie somatique, de trouble dépressif caractérisé non spécifique, épisodes récurrents et de handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) léger.

aa) S'agissant du diagnostic de trouble de stress post-traumatique avec symptômes dissociatifs, la Dre E. _____ a retenu que le recourant avait relaté l'agression subie le 3 février 2013 comme une menace de mort quand il avait vu une arme à feu pointée sur lui ; il s'était cru touché par une balle durant sa chute d'une hauteur suffisante pour occasionner des fractures aux deux membres inférieurs. Au sol, il avait eu

suffisamment peur que ses agresseurs l'achèvent pour ramper jusqu'à la station-service la plus proche. On conviendra avec l'experte judiciaire que de tels éléments ont valeur de traumatisme. Associés à des symptômes constitutifs d'un trouble de stress post-traumatique, la Dre E. _____ a noté chez l'assuré des symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et, dans une moindre mesure, de déréalisation (cf. expertise, p. 34). Elle a en outre expliqué que selon les critères du TSPT complexe (qu'elle a détaillé), des problèmes de régulation des affects et notamment de la colère pouvaient être relevés mais qu'ils semblaient avant tout en lien avec le traumatisme du 3 février 2013, à l'instar des sentiments de honte, culpabilité ou échec ainsi que des difficultés à se sentir proche des autres. Avant cette agression, l'assuré se décrivait comme ayant beaucoup de gens autour de lui, aimé et capable d'aimer en retour, et ce malgré une enfance difficile.

bb) Concernant le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique, la Dre E. _____ a exposé que l'hypothèse formulée pour la compréhension de cette atteinte à la santé rejoignait celle du Prof. P. _____, à savoir que le recourant exprimait par le corps ses atteintes traumatiques. Une part de la colère et du désir de vengeance inassouvis de l'expertisé, qui n'avait pas eu de reconnaissance formelle de son agression par la justice, se manifestait par une impossibilité à aller mieux en ce qui concernait le handicap et les douleurs.

cc) S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent caractérisé non spécifique, épisodes récurrents, la Dre E. _____ l'a retenu. Elle a indiqué que la symptomatologie dépressive manifestée par l'expertisé de manière variable en intensité, mais relayée par tous les intervenants et qualifiée de légère à sévère en fonction des périodes, était fortement liée au trouble de stress post-traumatique. Dans la mesure où les conséquences du *trauma* péjoraient la thymie, engendraient de la fatigue, des troubles de la concentration, une attitude pessimiste envers l'avenir, une anxiété quotidienne, un repli sur soi, une baisse de l'estime de soi, des troubles du sommeil et des idées suicidaires, il existait des pathologies tout à la fois présentes dans les deux pathologies souvent comorbides l'une de l'autre.

dd) Concernant le diagnostic de handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) léger, après un rappel de la définition de cette atteinte à la santé psychique selon le DSM-5 (cinquième et plus récente édition, publiée en 2013, du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques de l'Association américaine de psychiatrie), la Dre E. _____ a noté que tous les éléments cliniques étaient retrouvés en l'espèce et a ajouté que son appréciation diagnostique reposait en outre sur les tests d'efficacité intellectuels réalisés en 2021 et 2024. Les conclusions du premier test relevaient « des scores déficitaires dans la plupart des fonctions cognitives évaluées (calcul,gnosies visuelles, discriminatives, mémoire antérograde visuelle, attention, théorie de l'esprit [...] les indices de raisonnement perceptif et de vitesse de traitement sont très inférieurs à la norme [...] et situeraient l'assuré au niveau du retard mental léger ». En 2024, le nouveau bilan mettait en exergue un quotient intellectuel global situé dans la catégorie inférieure à la norme, de 66 à 76, avec un intervalle de confiance de 95 % évoquant un tableau compatible avec un trouble du développement intellectuel léger. L'experte judiciaire a estimé que malgré l'échec des tests de validation des performances échoués en 2021, la cohérence entre les plaintes exprimées, le parcours de vie, les observations cliniques et les résultats comparables aux tests d'intelligence à trois ans d'écart, étaient suffisamment probants pour retenir que l'intelligence de l'expertisé se situait dans une zone légèrement inférieure à la norme, et ceci depuis son enfance.

d) Au terme de son analyse, la Dre E. _____ retient que depuis l'agression subie le 3 février 2013, le recourant n'est plus en mesure de travailler dans quelque activité que ce soit. Qualifiant le pronostic de « sombre », elle est d'avis que seul l'exercice d'une activité occupationnelle dans un milieu protégé, bienveillant et adapté au retard mental (un atelier protégé du type Y. _____), pourrait être envisagé d'ici quelques années.

A l'occasion de ses entretiens, l'experte judiciaire a constaté un tableau clinique cohérent, sans discordance psychiatrique entre les plaintes et le comportement de l'assuré, compte tenu de l'expression du trouble à symptomatologie somatique expliquant la discrédance entre le status

orthopédique et les plaintes exprimées par l'intéressé, lequel s'engageait au demeurant du mieux qu'il le pouvait dans les traitements (particulièrement intensifs) proposés.

L'experte a souligné que les ressources psychiques, mentales et sociales étaient particulièrement pauvres chez cet assuré en regard des troubles mentaux retenus, et notamment du retard mental. Ainsi, à défaut de s'appuyer sur un réseau de soins très étayant, une errance sociale importante était à craindre. De même, sans étayage, il n'était pas capable de gérer ses affaires administratives et financières, au point qu'il avait dû être placé sous curatelle quand ses conjointes avaient cessé de s'en occuper. En entretien, ont été constatés des lacunes intellectuelles, des raisonnements pauvres ou axés sur le concret, ainsi qu'une mauvaise gestion des émotions en cas d'imprévu.

Quant au traitement médical, il ne pouvait pas se comprendre comme une source de succès dès lors qu'il n'existait pas d'autres mesures thérapeutiques adéquates que celles déjà mises en place, ni de mesures de réadaptation envisageables, alors que le retard mental n'était pas susceptible d'évolution et entravait tout nouvel apprentissage. Toute tentative dans ce sens avait avorté car l'assuré s'énervait et il n'avait plus la souplesse psychique permettant de faire face à l'erreur et de recommencer la tâche jusqu'à ce qu'il puisse y parvenir.

S'agissant du contexte social, l'experte a relevé chez l'intéressé un déficit des fonctions adaptatives qui se traduisait par un échec dans l'ascension aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. Il se montrait immature dans ses interactions, en particulier ses relations affectives, et il pouvait y avoir des difficultés à contrôler l'émotion et le comportement de façon appropriée à l'âge. Il avait une compréhension limitée des risques dans les situations sociales et son jugement était immature, courant le risque d'être manipulé par autrui (crédulité).

Dans la vie quotidienne, s'il pouvait agir de manière appropriée à son âge pour les soins personnels, une assistance pour les tâches plus complexe, supérieure à celle de ses pairs, était nécessaire. A l'âge adulte, les aides concernaient surtout les achats alimentaires, les transports, la prise en charge de la maison, la préparation de repas équilibrés ainsi que la gestion des comptes et de l'argent. Les activités de loisir étaient quant à elles peu différentes des sujets du même âge, bien que l'appréciation des aspects se rapportant au bien-être et à l'organisation durant les distractions nécessitaient une aide.

L'ensemble du parcours de vie du recourant confirmait ces éléments cliniques. L'intéressé avait redoublé ses années de scolarité primaire et il n'avait jamais débuté de formation. Dans ses emplois, s'il était un bon exécutant, son chef devait cependant tout vérifier car l'assuré ne savait pas mesurer ou calculer correctement. Dans sa vie sentimentale, il s'était toujours appuyé sur les femmes qui l'avaient accompagné et n'avait pas eu les ressources pour conserver un lien parental avec son fils.

La E. _____ a posé finalement une appréciation nuancée et convaincante de la situation médicale et de ses répercussions sur la capacité de travail. Ainsi, cette spécialiste convainc entièrement quant à l'évolution de l'état de santé du recourant dans le temps, ainsi qu'aux conclusions relatives aux limitations fonctionnelles et à l'incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique dans toute activité depuis le 3 février 2013, pour une durée indéterminée vu le pronostic défavorable et l'impossibilité de mettre en place des mesures de réadaptation professionnelle.

e) Si l'évaluation de l'experte judiciaire rejoint les conclusions du Prof. P. _____ et de l'ensemble des intervenants du réseau de soins, elle diffère des constatations et conclusions du rapport d'expertise du G. _____ datant de 2021 sur lequel s'est fondé le SMR, respectivement l'intimé pour rendre une décision de rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} janvier 2018 au 31 mars 2020.

S'agissant des constats effectués par l'experte psychiatre du G._____, la Dre E._____ a indiqué que sa consœur relevait que « des éléments d'état de stress post-traumatique non envahissants sont décrits » sans toutefois quantifier ces éléments à l'aide d'une échelle du type de la PCL-5 (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*). Au vu du handicap quotidien lié aux symptômes de l'expertisé relayé par les intervenants (notamment l'infirmière de la CB._____ évoquant les variations d'humeur, les tentatives de fuite ou d'évitement dès qu'un stimulus perturbait l'intéressé), l'experte judiciaire s'étonnait du qualificatif de « non envahissant ». Elle était également surprise du fait que le diagnostic de « trouble douloureux somatoforme persistant » était qualifié de non-incapacitant, alors que l'expertisé ne faisait aucun pas sans ses cannes.

Concernant les conclusions des experts du G._____, la Dre E._____ s'accorde avec eux pour admettre que la médication à hautes doses de Quétiapine et d'antalgiques était un facteur expliquant la sédation et le ralentissement de l'expertisé. L'experte judiciaire indique ne pas pouvoir affirmer pour autant que ces symptômes n'étaient que iatrogènes dès lors que cela aurait supposé une fenêtre thérapeutique avec un *wash out* de toute médication afin d'observer un amendement total de ces atteintes, ce qui n'avait pas été fait.

Ensuite, l'experte E._____ note ne pas partager l'avis de l'experte psychiatre qui avait écrit que l'expertisé « est apte à s'assumer lui-même, mais dépend de sa compagne pour les tâches ménagères en raison de douleurs et les tâches administratives en raison de difficultés à maîtriser l'informatique ». L'experte judiciaire rappelle que l'intéressé ne gérait aucune de ses affaires, aucune tâche ménagère ou de cuisine et que ses limitations fonctionnelles étaient telles qu'il était sous curatelle, qu'un appartement sous supervision avait été envisagé avant que son ex-amie le reprenne à la maison et qu'il bénéficiait d'un réseau de soins important afin de l'aider dans tout, y compris pour se souvenir de ses rendez-vous. Dans les faits, il ne gérait seul que ses soins corporels et l'achat de ses vêtements. Limiter, comme l'avait fait l'experte psychiatre du G._____, les

incompétences aux douleurs physiques pour accomplir le ménage et à des difficultés à maîtriser l'informatique pour les travaux administratifs semblait « particulièrement réducteur ». Dans les faits, l'experte psychiatre a retenu des limitations intellectuelles uniquement, alors que les tests et les observations cliniques permettaient d'affirmer l'existence d'un retard mental avéré.

Enfin, l'experte psychiatre du G._____ préconisait une intensification du suivi et une diminution du Tramadol ainsi que de la Quétiapine afin de diminuer les effets secondaires sur la concentration, préférant du Trittico ou de la Mirtazapine pour améliorer le sommeil. Elle affirmait qu'une capacité de travail de 100 % devrait être atteignable moyennant ces changements thérapeutiques. La Dre E._____ note que malgré le suivi de ces recommandations et avec un recul de quatre ans, l'arrêt de la Quétiapine avait diminué la fatigue et la sédation de l'expertisé, mais créé une recrudescence des symptômes du TSPT probablement anesthésiés (mais non traités) par de telles doses de neuroleptique. Le traitement de Trittico instauré, avec un effet bénéfique, était largement insuffisant pour observer un amendement de la symptomatologie du TSPT qui ne répondait que très partiellement à la médication. Malgré une forte intensification du suivi, avec deux psychologues et deux infirmiers supplémentaires en plus du suivi psychiatrique, si l'expertisé était décrit comme plus stable, l'évolution de son état de santé était loin d'être suffisante pour le considérer comme apte à travailler à 100 %.

f) Cela étant, les critiques formulées par l'intimé ne sont pas pertinentes mais procèdent d'un simple avis médical du SMR, alors même que chacune de ces critiques trouve une réponse dûment motivée dans le rapport d'expertise judiciaire.

Ainsi, le début du traitement psychiatrique du recourant en 2016 n'exclut en rien une pathologie préexistante non traitée, l'aptitude au travail avant l'accident de 2013 trouve précisément son butoir dans les suites de l'accident en question, les prétendues autolimitations sont expliquées par l'experte judiciaire sur la base d'un tableau clinique

cohérent, et les mesures médicales que le SMR tient pour exigibles sont précisément celles qui ont été et restent entreprises, l'experte E. _____ les qualifiant d'adéquates.

g) A la lumière des conclusions du rapport d'expertise judiciaire de la Dre E. _____, il ressort que l'on peut se dispenser d'analyser les atteintes somatiques du recourant, le degré d'invalidité total au plan psychique ouvrant à lui seul le droit à une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée.

h) Cela étant, comme l'intimé le relève à juste titre, une expertise postérieure à la décision en force du 1^{er} mai 2015 n'en autorise pas la révision procédurale pour fait ou moyen de preuve nouveau, dès lors qu'il s'agit de la considérer, de jurisprudence constante (ATF 9C_358/2024 du 26 novembre 2025 consid. 4 et 5, 9C_457/2022 du 3 avril 2023 consid. 3 et 4) comme un simple autre avis que ceux qui avaient motivé la décision entrée en force.

Cela étant, compte tenu du début de la prise en charge psychiatrique de l'assuré dès décembre 2016, il y a lieu de retenir une aggravation de sa situation sur le plan médical à compter de cette période.

Ainsi, il convient de se rapporter à la demande litigieuse du 5 décembre 2016, pour constater qu'elle est tardive, vu l'incapacité de travail depuis le 3 février 2013. Le droit à la rente entière fondée sur une invalidité de 100 % n'est dès lors ouvert que six mois après son dépôt (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI), soit à compter du 1^{er} juin 2017.

5. a) En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 4 avril 2024 réformée, en ce sens que B. _____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2017.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, vu l'issue du litige.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

d) aa) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Dans un arrêt publié aux ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire pouvaient être mis à la charge de l'assurance-invalidité, lorsque l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait toutefois entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents.

bb) En l'occurrence, la Cour de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire pour compléter une instruction lacunaire sur le volet psychiatrique. En effet, se fondant sur une expertise remontant à 2021, la décision litigieuse du 4 avril 2024 faisait l'impasse sur les constats annoncés

d'une péjoration sensible de l'état de santé psychique de l'assuré, sur l'annonce d'une mesure de curatelle, ainsi que de nouveaux rapports médicaux à produire à la suite d'un changement de médecin psychiatre.

Or, en pareil cas, l'intimé se devait, selon la jurisprudence, de combler une lacune claire dans l'instruction du cas, respectivement lever les contradictions qui pouvaient subsister entre les avis potentiellement divergents des médecins psychiatres intervenants, cela en procédant, soit à l'interpellation de l'expert psychiatre du G._____, soit par la mise en œuvre d'une expertise neutre confiée à un spécialiste. L'expertise judiciaire a ainsi permis de pallier les manquements commis quant à l'appréciation de la situation médicale dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, il se justifie de mettre la totalité des frais de ladite expertise à la charge de l'office intimé, soit un montant de 12'000 francs.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 4 avril 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B._____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2017.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par la Dre E._____ le 1^{er} décembre 2025 par 12'000 fr. (douze mille francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Service des curatelles et tutelles professionnelles (SCTP), pour
B. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :