

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 juillet 2016

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
M. Neu et Mme Berberat, juges  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par ses parents **H.S.** \_\_\_\_\_ et  
**C.S.** \_\_\_\_\_, audit lieu,

et

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

---

**Art. 7 et 8 LPGA ; art. 4, 7, 8 al. 3 et 28 LAI.**

## **E n f a i t :**

**A.** F.S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1990, est atteint d'une cardiopathie congénitale complexe opérée à plusieurs reprises, ainsi que d'épilepsie en lien avec des abcès cérébraux remontant à 1992, secondaires à son affection cardiaque (cf. notamment avis du 21 novembre 2001 des Drs Y.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI [ci-après : le SMR]).

Annoncé auprès de l'assurance-invalidité (AI) dès sa naissance, l'assuré a été mis au bénéfice de différentes prestations d'assurance au titre du ch. 313 OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21).

L'intéressé a par ailleurs effectué une scolarité obligatoire usuelle, tout d'abord dans l'enseignement public puis dans une école privée.

**B.** Le 16 janvier 2006, l'assuré, représenté par sa mère, a déposé une demande d'orientation professionnelle auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Interpellé par cet office, le Dr H.\_\_\_\_\_, neurologue traitant, a exposé dans un rapport du 26 janvier 2006 que l'état général de l'assuré était excellent et que du point de vue neurologique, les séquelles étaient minimales et les crises épileptiques rares. La situation du point de vue neuropsychologique était également décrite comme excellente, une évaluation pratiquée le 21 août 2001 ayant montré un quotient intellectuel (QI) verbal de 101 pour un QI de 123. Le médecin a ajouté qu'une activité professionnelle serait contre-indiquée en cas de travail en hauteur ou de travail auprès de machines potentiellement dangereuses en cas de perte de connaissance. L'assuré souhaitant entreprendre un apprentissage de pâtissier, le Dr H.\_\_\_\_\_ a indiqué ne pas y voir d'obstacle dirimant.

Aux termes d'un rapport du 27 février 2006, le Dr N.\_\_\_\_\_, de l'Unité de cardiologie pédiatrique des Hôpitaux [...] (ci-après : les Hôpitaux L.\_\_\_\_\_), a indiqué que le patient pourrait présenter des limitations et des contre-indications dans le choix d'une activité professionnelle en raison de sa cardiopathie congénitale et de l'évolution après une future intervention chirurgicale.

Par communication du 11 octobre 2006, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle auprès du Centre de formation professionnelle spécialisée « J.\_\_\_\_\_ » (ci-après : le Centre « J.\_\_\_\_\_ »), du 23 octobre 2006 au 22 avril 2007. Il en est ressorti que l'intéressé avait élaboré un projet de formation dans la profession d'assistant en médecine vétérinaire (cf. rapport intermédiaire de l'OAI du 20 avril 2007). Aux fins de finaliser ce projet, l'OAI a communiqué à l'assuré le 26 avril 2007 qu'il avait droit à une formation professionnelle initiale auprès du Centre « J.\_\_\_\_\_ » pour la période du 23 avril au 31 juillet 2007.

L'intéressé ayant opté pour une formation de cuisinier (cf. rapport intermédiaire de l'OAI du 25 juin 2007), une nouvelle mesure de formation professionnelle initiale auprès du Centre « J.\_\_\_\_\_ » lui a été octroyée par communication du 28 juin 2007, portant sur la période du 1<sup>er</sup> août 2007 au 31 juillet 2010. Une convention de formation visant à l'obtention d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de cuisinier a ensuite été passée le 10 juillet 2007 entre l'assuré, le Centre « J.\_\_\_\_\_ » et une entreprise partenaire. Cette convention a toutefois été rompue en date du 25 janvier 2008, le stress lié à l'activité de cuisinier ayant engendré chez l'assuré des crises d'épilepsie plus fréquentes ainsi que des absences sur le lieu de travail (cf. rapport du Centre « J.\_\_\_\_\_ » du 26 février 2008). Dans ce contexte, une rencontre a eu lieu le 15 avril 2008 entre l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_, l'assuré et ses parents, dont il est ressorti qu'il n'y avait pas de contre-indication à un apprentissage de cuisinier pour autant que des horaires réguliers soient aménagés, le temps de déplacement lié à l'éloignement séparant l'entreprise formatrice du domicile étant l'une des causes de fatigue/stress devant être supprimée (cf. procès-verbal

d'entretien de l'OAI du 22 avril 2008). L'OAI a également interpellé à nouveau le Dr N.\_\_\_\_\_, qui a indiqué le 2 juin 2008 que l'état de santé actuel du patient était bon et que les limitations étaient liées à une fatigue due à la cardiopathie, les métiers très physiques devant être évités. L'assuré ayant ensuite successivement fait savoir qu'il souhaitait s'orienter vers une formation de pâtissier-confiseur (cf. rapport intermédiaire de l'OAI du 21 août 2008) puis d'opticien (cf. procès-verbal d'entretien de l'OAI du 31 octobre 2008), avant d'échouer aux examens d'entrée pour cette dernière profession, une nouvelle rencontre a eu lieu le 15 décembre 2008 entre l'assuré, sa mère, une collaboratrice de l'OAI et le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR. Dans un avis y relatif du 17 décembre 2008, le Dr M.\_\_\_\_\_ a retenu que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « *effort physique soutenu, horaire irrégulier, activité très stressante, utilisation de machines dangereuses, travail en hauteur* ».

L'assuré ressentant le besoin de tester encore plusieurs formations et confirmant que le métier de pâtissier-confiseur ne lui convenait plus, il a été décidé de mettre un terme à sa formation auprès du Centre « J.\_\_\_\_\_ » avec effet au 19 décembre 2008 (cf. rapport de synthèse dudit centre du 13 mars 2009 et rapport intermédiaire et final de l'OAI du 10 juin 2009).

**C.** Avec l'aide de l'Association U.\_\_\_\_\_ à [...], l'assuré a complété le 28 juillet 2010 un formulaire de détection précoce, invoquant des crises d'épilepsie, de fortes migraines, ainsi que des troubles de vue occasionnels. Le 31 août 2010, il a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, eu égard à ses troubles cardiaques et épileptiques.

Sur requête de l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_ s'est déterminé dans un rapport du 27 septembre 2010. Il a exposé que le pronostic était bon mais que la situation nécessitait un suivi régulier et éventuellement d'autres gestes chirurgicaux de cathétérisme interventionnel - étant précisé que l'intéressé avait été récemment opéré pour une correction chirurgicale de

sa cardiopathie. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assuré, étudiant, ne travaillait pas actuellement mais qu'il pouvait clairement présenter des difficultés sur des efforts physiques importants, point qui devrait être évalué à l'issue de la période de convalescence liée à la dernière intervention chirurgicale. Ce médecin a pour le surplus préconisé l'interpellation du neurologue traitant.

Par rapport du 4 octobre 2010, le Dr H.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail d'épilepsie partielle symptomatique pharmaco-sensible, de cardiopathie congénitale opérée le 10 août 2010 et de status post abcès cérébraux avec comitialité depuis 1992. Il a précisé qu'une décompensation de l'épilepsie avait été enregistrée au cours de l'été 2009 et qu'actuellement le patient était de nouveau sous médication antiépileptique, la situation étant stabilisée sans nouvelle crise signalée depuis mai 2010. Ce médecin a en outre estimé que l'incapacité était actuellement totale eu égard aux séquelles de l'intervention cardiaque, mais qu'à long terme la capacité de travail prévisible était de 100% dans un métier adapté. Dans une annexe à son rapport, le Dr H.\_\_\_\_\_ a encore précisé qu'il y avait lieu d'éviter les activités nécessitant de soulever/porter ou de monter sur une échelle/un échafaudage, l'assuré présentant en outre une résistance limitée. A son compte-rendu, il a joint divers documents dont un rapport établi le 7 septembre 2010 par les Dresses P.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, respectivement médecin cheffe de clinique et médecin interne au Service de cardiologie des Hôpitaux L.\_\_\_\_\_, faisant mention d'une évolution clinique tout à fait favorable suite à l'intervention du 10 août 2010.

Par communication du 4 octobre 2010 également, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il prenait en charge, au titre de l'intervention précoce, les frais relatifs à une orientation professionnelle au sein de l'Association U.\_\_\_\_\_ pour la période du 15 novembre au 10 décembre 2010. Selon le bilan établi le 8 janvier 2011 par cette association, une formation de laborantin était notamment envisagée. Cela étant, le 3 février 2011, l'office a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle, soit un stage auprès du Centre

de formation A.\_\_\_\_\_ de [...], du 31 janvier au 4 février 2011. Ce stage, dans la section de chimie/biologie, a ultérieurement été repoussé du 14 au 18 février 2011, avant d'être interrompu suite à des troubles engendrés par le contact avec certains produits en laboratoire. Parallèlement, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait fait un stage d'aide en pharmacie qui lui avait beaucoup plu et qu'il avait de très bonnes chances d'être engagé car cela s'était très bien passé (cf. procès-verbal d'entretien du 14 février 2011). De fait, l'intéressé trouvera ultérieurement une place d'apprentissage d'assistant en pharmacie auprès de D.\_\_\_\_\_ SA à [...], ce dont il se déclarera « *très content* » (cf. procès-verbal d'entretien du 16 mars 2011).

Interpellée par l'OAI, la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué dans un rapport du 23 février 2011 qu'elle avait suivi l'assuré du 29 avril au 15 juillet 2008, puis qu'elle l'avait vu à trois reprises entre le 21 octobre et le 12 novembre 2010 pour répondre au questionnaire de l'office. S'agissant des atteintes se répercutant sur la capacité de travail, elle a indiqué qu'il n'y avait pas de trouble psychique aigu et a signalé les diagnostics d'examen à des fins d'assurance (Z02.6), de troubles de la personnalité à investiguer (R46.8), de problèmes cardiaques, d'épilepsie, de mécanismes de défense (clivage, déni, banalisation, minimisation, agir, comportement « *sportif* » anxiolytique et de décharge, pensée factuelle), ainsi que de difficultés liées à une étape de vie privée et professionnelle (Z60.0). A l'anamnèse, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré se sentait assez bien, qu'il n'y avait pas d'angoisses ni de problème dépressif ; l'intéressé était néanmoins confronté à des angoisses de mort et de perte de l'intégrité corporelle dues à ses problèmes physiques et pouvait, pour les mêmes raisons, avoir des angoisses pour sa santé à venir et la réalisation de ses projets professionnels et affectifs. Au status psychiatrique, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a relevé que le contact était bon, que la psychomotricité était normale et que le langage était simple et formel. La compréhension était dans l'ensemble normale, la psychiatre ne pouvant toutefois se prononcer quant aux capacités intellectuelles. Quant à l'introspection et à l'insight, ils étaient peu développés, l'assuré étant surtout dans l'agir. Ce dernier

présentait en outre des lacunes mnésiques quant à l'histoire de ses problèmes physiques, disant ne pas vouloir s'en rappeler et vouloir oublier les moments pénibles. La Dresse V.\_\_\_\_\_ a également observé que l'orientation était dans l'ensemble normale et que la concentration restait bonne pendant une consultation mais n'avait pas pu être davantage investiguée. Cette spécialiste a encore mentionné que le cours de la pensée était normopsychique, sans coq à l'âne, et qu'il n'y avait pas de délire, pas d'hallucination, pas de déréalisation, ni de dépersonnalisation. Sur le plan thérapeutique, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas de traitement psychiatrique mais que proposition était faite à l'assuré de prendre contact avec un psychiatre en cas d'angoisses et/ou de thymie dépressive, ou de difficultés à gérer les problèmes physiques. Aucune incapacité de travail pour raisons psychiques n'était par ailleurs retenue. Considérant que l'anamnèse et le status psychiatrique ne montraient aucun signe de problème psychique aigu, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a néanmoins préconisé des investigations plus poussées, telles qu'un test de QI, des tests neuropsychologiques et des tests projectifs, afin de préciser si l'intéressé présentait ou non des troubles de la personnalité et/ou des séquelles en lien avec les difficultés durant son enfance - ce qui permettrait également de mieux se prononcer, d'une part, quant aux risques de décompensation anxieuse et/ou dépressive en lien avec un effondrement des mécanismes de défense et, d'autre part, quant à la recherche d'une activité professionnelle au mieux des capacités et difficultés du patient afin d'éviter de trop grandes situations de stress.

L'assuré ayant passé le 25 juillet 2011 un contrat d'apprentissage avec D.\_\_\_\_\_ SA visant à l'obtention d'un CFC d'assistant en pharmacie, l'OAI lui a fait savoir, par communication du 5 août 2011, qu'il prenait en charge les coûts supplémentaires de cette formation professionnelle initiale, sous la forme du versement d'indemnités journalières du 1<sup>er</sup> août 2011 au 31 juillet 2014. Ultérieurement, l'OAI a également accepté la prise en charge de frais supplémentaires de formation professionnelle initiale sous forme d'appuis pédagogiques auprès de l'Association [...] à [...], du 5 novembre 2011 au 31 juillet 2012 (cf. communication du 15 décembre 2011). Après un échec

aux examens de première année d'apprentissage, l'assuré - malgré un préavis favorable de son employeur - décidera d'interrompre cette formation au cours de l'été 2012 (cf. notes de suivi de l'OAI des 5 juillet et 9 août 2012).

Dans l'intervalle, à la suite d'un bilan neuropsychologique et logopédique effectué les 30 août et 7 septembre 2011, I.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, respectivement psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP et psychologue diplômée, ont adressé leurs conclusions au Dr H.\_\_\_\_\_ dans un rapport du 16 septembre 2011. Elles ont fait état de performances cognitives dans les normes, voire dans les normes supérieures, dans la majorité des épreuves administrées. Elles ont signalé qu'actuellement, on dénotait uniquement de légères difficultés en calcul écrit et lors du placement de repères topographiques. Elles ont par ailleurs précisé qu'en comparaison avec le dernier examen effectué en 2003, les performances du patient dans les tâches verbales s'étaient nettement améliorées (mémoire à court terme et antérograde verbale, accès lexical sous contrainte temporelle, répétition, etc.) et que l'asymétrie des performances cognitives en défaveur de celles sous-tendues par l'hémisphère gauche n'était actuellement plus relevée.

Par avis médical du 9 août 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique avec tests psychologiques projectifs aux fins d'établir l'existence ou non d'un trouble de la personnalité (voire d'une autre atteinte psychiatrique) incapacitant.

Sur cette base, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Centre [...] (ci-après : le Centre B.\_\_\_\_\_). Dite expertise a été conduite par le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Centre B.\_\_\_\_\_, sous la supervision du Dr W.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute et directeur médical du Centre B.\_\_\_\_\_. Se fondant sur les déclarations de l'assuré lors d'un entretien du 7 novembre 2012 et l'étude du dossier transmis par l'OAI, le rapport d'expertise, établi le 7 février 2013, indiquait notamment ce qui suit :

## **"A. Questions cliniques**

[...]

### **2. Plaintes et données subjectives de l'assuré**

M. F.S. \_\_\_\_\_ ne se considère plus malade et ne se sent pas limité sur sa capacité de travail, tant sur le plan physique que psychique. Il aimerait trouver un travail et entreprendre, auparavant, une formation liée à la nature, comme par exemple paysagiste ou la menuiserie. Il aimerait également exercer une activité en tant que guide touristique ou agent de voyage.

### **3. Status clinique**

L'assuré est venu seul et se présente comme un homme faisant son âge, [...] bien soigné de sa personne. Calme, collaborant, il s'exprime correctement en français dans un discours cohérent, réfléchi et riche quant au contenu. Il se montrera collaborant tout au long de l'entretien.

L'assuré est bien orienté dans les trois modes, c'est-à-dire dans le temps, l'espace et quant à la situation. Il n'y a pas de trouble de l'attention, de la compréhension ou de la concentration. Il n'y a pas de troubles de la mémoire, de fixation ou de la mémoire d'anciens souvenirs. Il n'y a pas de troubles au niveau de l'intelligence.

Concernant la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'assuré ne présente pas de troubles formels de la pensée sous la forme de barrage, clivage ou réponse à côté. Il n'y a pas d'idées délirantes simples ou systématisées. Il n'y a pas de troubles de la persécution sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques. Il n'y a pas d'idées de concernement simples ou délirantes, il n'y a pas d'idées interprétatives simples ou délirantes.

Par rapport à la lignée dépressive et au moment de l'entretien, l'assuré est détendu et d'une humeur plutôt joyeuse. Il ne montre pas de signes ou de symptômes d'un ralentissement psychomoteur, il n'y a pas donc de troubles de la concentration si ce n'est quelques légères imprécisions de sa mémoire concernant les années de ses opérations chirurgicales et de ses formations. Pas d'idées noires et/ou d'envies suicidaires motivées. A noter des ruminations et des légères angoisses en lien avec les réussites des nouvelles formations qui l'empêchent par moment de trouver le sommeil rapidement. Pas de trouble de maintien du sommeil. Pas de troubles de l'appétit.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de colère, pas de révolte, pas de fuite dans les idées, pas de comportement provocateur, manipulateur, comportement désinhibé, pas de contact familial avec l'expert. Concernant les conduites d'addiction, l'assuré ne fume pas et ne se drogue pas si ce n'est une consommation épisodique de bières lors de fêtes et le week-end, mais il ne se considère pas comme étant dépendant de l'alcool. Au cours de l'entretien, nous n'avons pas constaté de signes ou des symptômes parlant en faveur

d'une dépendance aiguë ou chronique à l'alcool. L'assuré ne consomme pas de cannabis ni de drogues dures, il n'a jamais consommé de substances excitantes telles que des amphétamines ou l'ecstasy.

Au vu des récents bilans neuropsychologiques effectués, nous n'avons pas estimé nécessaire de procéder à un nouveau testing. Rien dans l'anamnèse ni dans l'exploration clinique de l'assuré ne fait penser à la présence d'un trouble de la personnalité établi.

[...]

#### **4. Diagnostics**

##### **4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?**

- Z03.2 Absence de diagnostic ou d'affection psychiatrique.
- Cardiopathie congénitale opérée plusieurs fois.
- Epilepsie depuis 1993.

##### **4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?**

- Nihil.

#### **5. Appréciation du cas et pronostic**

Vu l'absence d'affection psychiatrique de l'axe 1 et de l'axe 2, la discussion doit être tournée sur les affections somatiques de l'axe 3 en lien avec sa cardiopathie congénitale et les manifestations des attaques épileptiques par la suite, d'allure de petit mal très minime. Après plusieurs interventions chirurgicales cardiaques, le patient semble stabilisé et ne plus avoir de limitations physiques dues à cette affection. En revanche, les épisodes épileptiques peuvent l'empêcher ou le limiter de mener des activités en lien avec des positions en hauteur et avec l'utilisation des machines dangereuses en cas d'éventuelle perte de connaissance ou d'attaque de petit mal.

Sur le plan psychique, bien que l'on note une certaine dépendance de son entourage et procrastination, nous n'avons pas pu réunir tous les critères nécessaires afin de conclure à un diagnostic psychiatrique. Les ruminations par moment avant de s'endormir, le manque de motivation, voire de concentration lors des formations s'expliquent par ses lourds antécédents somatiques et leurs répercussions émotionnelles.

L'oscillation de l'attention, de la concentration, la motivation à certaines périodes de sa formation ne s'inscrivent pas dans le cadre d'un TDAH.

L'indication et les raisons de cette demande d'expertise psychiatrique sont bien prises en compte à travers tout notre travail d'experts. Nous sommes restés attentifs à ne pas faire l'amalgame entre certains symptômes isolés et épisodiques et des troubles psychotiques. Nous sommes surtout basés sur les tests neuropsychologiques et projectifs réalisés par l'assuré en 2011, tous revenus à la limite de la normale.

Sur le plan psychiatrique donc, une incapacité de travail n'est pas justifiée tandis que sur le plan somatique, il existe des limitations. En conséquence, une formation progressive comme, par exemple, de jardinier, de guide touristique, d'agent de voyage ou des formations liées au tourisme en général pourraient être envisagées.

### ***B. Influences sur la capacité de travail***

#### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

Pas d'incapacité de travail sur le plan psychique et mental. Contre-indication absolue à travailler en hauteur et avec des machines lourdes et dangereuses.

#### **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

Je n'ai pas à répondre à cette question.

#### **3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Je n'ai pas à répondre à cette question.

### ***C. Influences sur la réadaptation professionnelle***

#### **1. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ?**

Oui, vu son jeune âge, une réorientation professionnelle est envisageable.

#### **2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

Oui, une évolution favorable de sa cardiopathie avec des crises épileptiques espacées pourrait amener à revoir la contre-indication des activités en hauteur et avec des machines lourdes et dangereuses.

#### **3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?**

Voir plus haut.

#### **Remarques et/ou autres questions**

Nihil."

Par avis médical du 19 février 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a considéré que l'expertise précitée - basée sur une revue soigneuse du dossier, une anamnèse détaillée prenant bien en compte les plaintes de l'assuré et un status psychiatrique complet - n'avait mis en évidence aucune pathologie psychiatrique, ni même d'indice pour un éventuel trouble de la personnalité. Aussi les experts n'avaient-ils pas fait passer de tests projectifs à l'intéressé. Cela étant, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas lieu de demander un complément d'expertise et que les échecs aux formations entreprises jusqu'alors n'étaient pas en lien avec une

atteinte psychiatrique, ni du reste avec l'atteinte somatique ; il fallait admettre que des facteurs non médicaux intervenaient dans cette situation.

Par rapport daté du 3 mars [recte : janvier] 2014 adressé à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis janvier 2013, a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de troubles de la personnalité, type névrose de caractère (F60.9), de neurasthénie (F48.0) et de céphalées quotidiennes chronifiées ; s'agissant des atteintes n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, il s'est référé aux atteintes cardiologiques et épileptiques de l'assuré. S'agissant du rapport d'expertise du 7 février 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il ne correspondait pas à la situation de l'assuré, lequel s'était présenté de façon idéalisée pour correspondre à son besoin de nier toute difficulté psychique ou physique. Pour le surplus, le psychiatre traitant a notamment mentionné ce qui suit :

**"1.4**

Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

En préambule, je précise que j'ai rencontré M[.]F.S.\_\_\_\_\_ [à] 9 reprises en individuel et dans le cadre d'un traitement de famille demandé par ses parents, suite à l'échec de sa 2<sup>ème</sup> tentative d'apprentissage en pharmacie, les parents étant très inquiets quant à l'avenir de leur fils.

[...]

Tout d'abord sa scolarité, il a fait cette dernière à [...] jusqu'en 8<sup>ème</sup> année. A cause de ses crises d'épilepsie, il a souvent manqué l'école, et en particulier la gymnastique car il était très faible et chétif et cela a amené un vécu difficile comme on l'observe chez des enfants handicapés pour diverses raisons, car il se sentait rabaisé et discriminé par ses camarades. Encore maintenant il craint de rencontrer des « [...] » de son âge ayant peur que ceux-ci l'agressent physiquement, l'insultent ou le provoquent à la bagarre !! A la fin de la 8<sup>ème</sup> année, ayant des difficultés scolaires ses parents le placent 2 ans en école privé à l'école [...] où il obtient difficilement après des échecs scolaires un certificat d'étude préprofessionnel.

A cause de son épilepsie, il est fortement perturbé dans ses apprentissages. Pour lui les troubles ont persisté jusqu'en 2011 quand il a ressenti les dernières manifestations de crises partielles. D'après les rapports du Dr X.\_\_\_\_\_ on note en 2008 encore des manifestations électro-encéphalographiques d'une activité épileptogène.

Il décrit souffrir de crises de migraines sévères qui ont commencé à l'âge de 13 à 14 ans. Ses crises de migraine qui surviennent encore environ 1 à 3 fois par mois sont pour lui temporairement mais

totallement invalidantes. Depuis de nombreuses années et avant même d'avoir ses crises de migraine, il dit souffrir de céphalées fortes, constantes et chroniques qui le gênent plus ou moins fortement dans les moments où il doit se concentrer ou faire des apprentissages ainsi que d'une insomnie d'intensité variable et qui a une incidence sur son sentiment de fatigue chronique d'intensité variable. A la fin de sa scolarité il est allé au J. \_\_\_\_\_ 1 an à [...] puis [a] commencé un apprentissage de cuisinier à l'hôpital [...] à [...] à l'âge de 16 ans. Après 6 mois, il a dû arrêter à cause du stress, de crises d'épilepsie, et de ses céphalées. Ce qui ressort de ce 1<sup>er</sup> échec d'apprentissage est que ce patient n'a pas supporté le stress du travail et de l'apprentissage et que, à l'époque, tant son état physique que son intolérance au stress ont empêché qu'il puisse suivre normalement la formation. Il retourne ensuite au J. \_\_\_\_\_ d'où il fait de nombreux stages puis part 9 mois en Angleterre de 2009 à 2010 dans une famille d'accueil pour y apprendre l'anglais. Il est licencié de l'armée à cause de son épilepsie. De retour en Suisse, il trouve un nouvel apprentissage en pharmacie qu'il entreprend plein d'idéaux. Mais après l'échec prévisible et sérieux des examens de première année en octobre 2012, il décide d'interrompre son apprentissage ayant réalisé que c'était au-delà de ses capacités d'apprentissage. Les exigences d'apprentissage se sont progressivement avérées trop importantes pour lui et il a perdu finalement sa motivation d'étudier devant l'ampleur de la matière à étudier. Il explique aussi son échec en disant que certains professeurs se sont montés contre lui et l'ont discrédité. Ce type d'explication doit être mentionné car cela fait partie de la position de victime que peut adopter M[.]F.S. \_\_\_\_\_ quand il est confronté à des limites trop difficiles à reconna[î]tre. Pour le moment il s'est construit une carapace de fort, sans failles[,] toujours prêt à relever de nouveaux défis, mais il reconna[î]t que sa vie jusqu'à maintenant à surtout été une succession d'échec[s] et de blessures d'amour-propre plus que de succès.

Depuis ce 2<sup>ème</sup> échec il est resté à la maison avec des projets d'apprentissage en pâtisserie au Québec où il n'a pas été accepté par l'immigration. Il est resté à la maison de façon passablement passive attendant l'aide de ses parents pour organiser un nouvel apprentissage, raison pour laquelle ces derniers sont venus me demander de l'aide. Durant l'été 2013, il a fait un stage de 2 mois à la plage de [...] comme aide cuisinier qui semble s'être bien passé. Il a par ailleurs fait 3 jours de stage dans un bar à [...], mais il n'a pas été gardé tant il se montrait timoré et renfermé.

Depuis 2 ans il se plaint de douleurs dorsales à localisation variables, d'intensité variable [...]. Ces douleurs qui n'ont jamais été investiguées participent régulièrement au syndrome neurasthénique de fatigue et limitation généralisée dont il se plaint chroniquement.

Constat médical

M[.]F.S. \_\_\_\_\_ se présente comme un jeune homme bien sous tout rapport, qui a l'air en parfaite forme, très collaborant. D'intelligence normale, il ne signale ni angoisse, ni troub[e] dépressif, il ne présente aucun signe de trouble franc de la lignée psychotique même si on peut observer que par moment il devient un peu interprétatif quant aux explications qu'il donne concernant les causes de certains de ses échecs scolaires ou d'apprentissages ou la méfiance et la crainte qu'il exprime à l'égard de ses congénères à [...], à l'égard desquels il conserve des craintes à la limite de la parano. Il n'a aucune demande si ce n'est celle d'avoir moins de

pression de la part de son père qui vit très mal l'impuissance à laquelle le confronte le patient. Mais ce qui est frappant chez lui, [c]e sont les handicaps, invisibles au premier abord, sous la forme de troubles qui se manifestent par une grande variabilité quotidienne sous la forme d'une fatigue, d'irritabilité, de douleurs dorsales, de troubles du sommeil, de céphalées ininterrompues et chroniques ou de migraines occasionnelles qui amènent le patient à présenter selon les moments de la journée et selon les jours une très grande variabilité de son état général, ce que confirme[nt] ses parents. Au vu de ces informations et pour avoir une idée plus claire de ce que cela voulait dire, j'ai demandé au patient de noter quotidiennement son degré de fatigue sur une échelle de 0 à 10 [...], les jours où il présentait des migraines, son degré d'irritabilité [...], l'intensité de ses douleurs dorsales (0 à 10) et le nombre d'heure de sommeil qu'il estimait avoir dormi. Par ailleurs je lui ai demandé pour l'encourager à noter le nombre d'initiatives personnelles (0 à 10 qu'il prenait dans une journée) et le nombre de moments d'activités physiques qu'il effectuait dans la journée. Activités physiques qui varient entre 2 à 45 minutes, selon les jours et sa motivation. Je vous envoie avec ce rapport les éléments constitutifs des réponses qu'il m'a donné sous la forme de graphiques qui représentent sur l'année 2013 plus de 6 mois d'annotations quotidiennes. [...] on constate une particulièrement grande variabilité de son état qui m'amène à poser le diagnostic relativement rare de neurasthénie. Les plaintes exprimées, la variabilité de l'état du patient, correspondant particulièrement bien à la définition de ce diagnostic. On retrouve des préoccupations persistantes concernant sa fatigue, des douleurs musculaires, des céphalées, des troubles du sommeil et une incapacité à se détendre, une irritabilité qui amène à de grandes différences dans la capacité du patient à pouvoir gérer sa vie quotidienne. Ces observations sur plusieurs mois qui sont évidemment entièrement subjectives mais qui traduisent bien le vécu tel que raconté par le patient me paraissent avoir une signification qui doit être reconnue car il s'agit de variations qui certains jours handicapent significativement le patient dans sa capacité de gérer et d'assumer certaines exigences dans sa vie quotidienne. Cela se manifeste par de la procrastination, une attitude de passivité et de dépendance qui s'accompagne de difficultés de concentration, d'attentio[n] qui ont très certainement affect[é] ses capacités cognitives au cours des apprentissages qu'il a entrepris.

Pour préciser également le diagnostic de fonctionnement mental de ce patient, j'ai demandé que soit effectué un examen psychologique par des tests projectifs (Rorchach, TAT) qui a été effectué le 25 07 2013 par Mme O. \_\_\_\_\_ psychologue FSP à [...]. Le résultat de cet examen correspond bien à ce que l'on observe dans le comportement de M[.]F.S. \_\_\_\_\_. Il révèle une problématique de névrose de caractère ou d'état limite en ce sens que le patient oscille entre des réactions d'hyper-activisme et d'agir pour ne pas penser à ses difficultés et de réactions de passivité, d'opposition passive, de victime, ce qui s'explique bien par les difficultés de santé qu'il a rencontré[es] tout au long de son enfance et qui se manifestent également par des réactions de désintérêt et de désinvestissement de ce qu'il est en train de faire, comme il l'a fait dans ses apprentissages quan[d] il est confronté à des difficultés plus importantes. On note également la présence de quelques défenses de type paranoïaque comme il est possible de l'observer

chez des personnes qui ont eu des handicaps ou de graves problèmes de santé. C'est ce qui a amené les experts du Centre B.\_\_\_\_\_ à considérer ce patient comme ne présentant aucun trouble psychiatrique, car il s'agit de manifestations caché[e]s chez un patient ayant des séquelles psychologiques de son histoire et pour qui il est très important de prétendre être tout à fait normal et n'avoir aucun problème. Actuellement, depuis plus de 2 ans il n'a plus présenté de manifestations épiloéptogènes caractérisées et pas non plus de limitation d[ue] au problème cardiaque qu'il a présenté dès la naissance. Les plaintes somatiques dont il se plaint ne sont pas du tout dans le registre d'un trouble somatoforme, mais paraissent plutôt l'expression d'un mal[-]être qui cache un trouble plus profond de la personnalité et de difficultés d'adaptation récurrentes et chroniques.

Pronostic

M[.]F.S.\_\_\_\_\_ est un jeune homme qui a besoin de trouver une place professionnelle dans la société. Son intelligence devrait lui permettre de réussir à faire un apprentissage, mais les problèmes de personnalité qui se manifeste[nt] sous la forme de ce syndrome neurasthénique semblent poser d'importants problèmes quant à ses capacités d'apprentissage sur la durée et d'investissement dans des situations de stress ou d'exigences plus importantes qui l'amène[nt] à se défendre sur un mode passif. Il semble qu'il arrive mieux à fonctionner dans une activité plutôt répétitive qui lui demande des apprentissages pas trop importants.

Au vu de la variabilité des plaintes dont il fait preuve, la question se pose de savoir s'il sera en mesure de pouvoir maintenir une activité professionnelle régulière ou si les variations de son état deviendront handicapantes dans sa carrière professionnelle. [...] Sur le plan clinique, M[.]F.S.\_\_\_\_\_ se présente avec un tableau correspondant particulièrement bien à celui de la neurasthénie. Il est actuellement évidemment prématuré de faire un pronostic quant à son avenir, mais je trouve qu'il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'un cas qui devrait être suivi par l'Al sur un moyen terme afin d'évaluer lorsqu'il aura trouvé une activité professionnelle quelle est sa réelle capacité de travail. [...]"

Le Dr F.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'intéressé n'avait jamais présenté d'incapacité de travail, ayant arrêté de lui-même avant d'être mis en incapacité, et que, vu ses antécédents d'épilepsie, il devait éviter les activités en position surélevée et la conduite d'engins dangereux, n'ayant du reste pas de permis de conduire. Relevant que l'assuré était incité par sa famille à rechercher une formation professionnelle de type CFC, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé qu'il lui semblait préférable que le patient trouve une activité professionnelle relativement simple mais qui permettrait d'évaluer sa réelle capacité de travail plutôt que de se relancer dans un troisième apprentissage risquant de conduire à un nouvel échec dommageable. Dans une annexe à son rapport, le psychiatre a en outre fait état de limitations fonctionnelles sous forme de difficultés

relationnelles, dans la gestion des émotions, dans les tâches administratives et dans l'organisation du temps, ainsi que d'hypersensibilité. Il a également mentionné une capacité de concentration/d'attention et des capacités mnésiques limitées. Il a encore signalé que les activités en contact avec la clientèle de même que les activités requérant de fréquents contacts interpersonnels, une grande autonomie et de la précision n'étaient exigibles que de manière fluctuante. Quant aux activités exigeant de l'endurance, du stress, de la rapidité ou une adaptation permanente, elles n'étaient pas envisageables. Le Dr F.\_\_\_\_\_ doutait en outre que l'assuré puisse accomplir des activités impliquant des tâches complexes. A son rapport, ce médecin a annexé diverses pièces dont des tableaux et graphiques portant sur l'auto-évaluation faite par l'intéressé courant 2013, ainsi que les documents suivants :

- un rapport du 16 mai 2012 du Dr X.\_\_\_\_\_, neurologue, relevant que l'anamnèse faisait ressortir plusieurs problèmes interdépendants (à savoir la persistance de crises d'épilepsie, des troubles cognitifs à caractère de trouble attentionnel et de fatigue cognitive, des troubles du sommeil et des céphalées chroniques avec crises migraineuses surajoutées), observant que l'électroencéphalogramme effectué le jour même était légèrement pathologique sans foyer irritatif toutefois et proposant en outre des adaptations thérapeutiques, ainsi qu'une polysomnographie ;

- un rapport établi le 17 août 2012 par le Dr N.\_\_\_\_\_ et la Dresse K.\_\_\_\_\_, médecin interne au Service de cardiologie des Hôpitaux L.\_\_\_\_\_, indiquant que l'évolution était bonne sur le plan clinique, même si la capacité fonctionnelle était difficilement évaluable ;

- un rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2012, observant en particulier que le patient n'avait noté aucun événement évocateur d'une crise d'épilepsie partielle ou généralisée, qu'il n'y avait pas eu d'épisodes de céphalées à caractère migraineux et un seul épisode de céphalée plus intense sans phonophobie, avec en outre une

réduction de la céphalée « *de fond* » chronique, qu'il n'y avait de surcroît eu aucune nouvelle symptomatologie et que l'intéressé signalait être très satisfait de sa situation, étant par ailleurs précisé que des douleurs dorso-lombaires étaient en lente amélioration ;

- un rapport du 4 avril 2013 de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, médecin cheffe du Département de neurologie, épilepsie et polyhandicap de l'Institution Y.\_\_\_\_\_, établi consécutivement à un électroencéphalogramme de longue durée et concluant à une électrogenèse physiologique avec un sommeil normalement structuré sans anomalie significative, sans indication de troubles respiratoires, avec un rythme sinusal montrant de rares extrasystoles, et sans crise électrique ou clinique enregistrée ;

- un rapport d'examen psychologique établi le 28 juillet 2013 par O.\_\_\_\_\_, psychologue clinicienne FSP, exposant qu'aux tests projectifs, l'assuré avait adopté une attitude adéquate, sans signe d'une atteinte cognitive, et relevant en outre ce qui suit :

**"Conclusion :** Le tableau présenté évoque, sur le plan du fonctionnement de la personnalité, un aménagement de niveau état-limite organisé principalement autour de la lutte contre les besoins de dépendance et de la lutte contre le vécu dépressif engendré par la perte, par le biais des défenses du caractère et par l'adoption d'une position passive. La relation d'objet s'organise autour des positions fort/faible et il y a valorisation tantôt de la position passive, du statut de victime, tantôt de la position active, du goût pour l'agir.

Ici ou là il y a une légère baisse de la conscience interprétative et on note l'émergence de caractéristiques habituellement présentes chez les sujets à défenses paranoïaques. Cette constellation a été remarquée chez les patients qui ont objectivement subi un préjudice dans la prime enfance ou à la naissance, c'est-à-dire qui ont présenté un handicap ou des graves problèmes de santé. Le vécu de victime peut alors glisser vers un vécu de préjudice, le vécu de contrainte vers un vécu plus persécutoire."

- un rapport du 8 novembre 2013 du Dr X.\_\_\_\_\_, relevant que l'assuré n'avait plus eu de migraines depuis plus d'une année jusqu'à un épisode très fort en septembre 2013 et évoquant en outre une altération de la thymie au cours des dernières semaines (en lien avec l'échec d'un projet de formation au Québec et la fin d'un travail d'été)

avec une accentuation des troubles du sommeil et des céphalées chroniques quotidiennes, le patient n'ayant en revanche plus présenté de crise épileptique de manière certaine.

Par avis médical du 10 janvier 2014, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a retenu que les constatations du Dr F.\_\_\_\_\_ n'étaient pas susceptibles de modifier la position du SMR. A cet égard, il a observé que, pour l'AI, la neurasthénie était assimilée au trouble somatoforme douloureux et situations apparentées et ne justifiait pas de limitations fonctionnelles durables, étant par ailleurs relevé que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'attestait aucune incapacité de travail et mentionnait que l'assuré était capable de faire une formation dans une activité adaptée aux limitations somatiques, ce qui était aussi la conclusion de l'expertise de février 2013.

Le 24 février 2014 a eu lieu un entretien entre une collaboratrice de l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, l'assuré et sa mère. Il en est notamment résulté que ce dernier, se plaignant de maux de tête omniprésents et de troubles du sommeil, prendrait contact avec le Dr X.\_\_\_\_\_ afin d'apporter d'éventuels nouveaux éléments sur le plan neurologique. Dans un courriel du 7 juillet 2014, l'intéressé a toutefois informé l'OAI qu'il allait débiter une formation en France afin d'obtenir un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) en pâtisserie et qu'il avait été convenu d'un commun accord avec le Dr X.\_\_\_\_\_ de ne pas faire de bilan neurologique complet pour le moment, étant précisé qu'en cas de problèmes de santé, ce dernier médecin procéderait à des investigations.

Le 5 août 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un courrier dont on extrait ce qui suit :

"[...] il y a lieu de vous informer des éléments suivants :

- Du point de vue médical et conformément à l'avis du Service Médical Régional, une pleine capacité de travail vous est reconnue dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds ; pas de travaux en hauteur ; pas d'utilisation de machines dangereuses ; pas d'horaires irréguliers).

- Il n'existe aucune atteinte sur le plan psychiatrique et l'échec des formations entreprises jusqu'ici n'est donc pas dû à une raison médicale. Le fait d'avoir cessé votre apprentissage relève uniquement de votre choix.
- Sans atteinte à la santé nous partons du principe que vous auriez également effectué un apprentissage CFC d'assistant en pharmacie et qu'au terme de cette formation vous auriez donc pu travailler à plein temps dans ce métier.
- En l'absence de préjudice économique, il n'y a donc aucun droit ouvert à une rente de notre assurance.

Nous avons pris connaissance que vous alliez débiter une formation professionnelle en France et vous informons que les mesures effectuées à l'étranger ne sont pas prises en charge par notre assurance.

Par conséquent, sans nouvelles contraire[s] de votre part d'ici au 26 août 2014 et à moins que vous ne souhaitiez reprendre, à un taux de 100%, l'apprentissage d'assistant en pharmacie interrompu en été 2012, nous statuerons sur la base des points susmentionnés."

En date du 4 septembre 2014, l'OAI a établi un projet de décision intitulé « *Pas de droit à des prestations de l'AI* ». Se fondant sur les dispositions légales relatives aux mesures de réadaptation tout en indiquant avoir examiné le droit à une rente d'invalidité, l'office a rappelé que l'assuré s'était vu octroyer le 5 août 2011 une mesure de formation professionnelle initiale sous forme d'un apprentissage d'assistant en pharmacie, que des cours d'appuis lui avaient ensuite été accordés mais qu'après l'échec de la première année d'apprentissage, l'intéressé n'avait pas souhaité refaire son année alors même que son employeur était disposé à le garder parmi ses effectifs. L'OAI a en outre souligné que l'expertise psychiatrique mise en œuvre avait montré que les échecs dans les formations entreprises n'étaient pas en lien avec une atteinte psychiatrique ; ces échecs n'étaient pas davantage imputables à l'atteinte somatique. Pour le surplus, l'office a repris les différents points mis en exergue dans son courrier du 5 août précédent - à savoir que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée du point de vue physique, qu'il n'y avait en outre aucune atteinte sur le plan psychiatrique, qu'en bonne santé l'assuré se serait orienté vers la voie d'assistant en pharmacie avec CFC et que, faute de préjudice économique, il ne pouvait donc pas prétendre à une rente de l'AI - et considéré qu'il y avait lieu de rejeter la demande de prestations.

Par acte du 27 septembre 2014, H.S. \_\_\_\_\_ et C.S. \_\_\_\_\_, parents de l'assuré, ont fait valoir leurs objections à l'égard du projet précité, précisant réagir non pas contre la décision mais contre ses motifs. Ils ont tout d'abord relevé que leur fils avait dû abandonner un premier apprentissage en cuisine, épuisé par les trajets s'ajoutant à cette formation, puis qu'il s'était résolu à un apprentissage en pharmacie « *sans passion* » mais croyant pouvoir y trouver sa place, ce qui n'avait malheureusement pas été le cas. Ils ont par ailleurs contesté l'expertise psychiatrique mandatée par l'OAI, arguant que celle-ci donnait l'impression de se référer à une autre personne et qu'elle reposait sur un entretien d'une heure avec un assistant suivi d'une rencontre de cinq minutes avec un responsable. H.S. \_\_\_\_\_ et C.S. \_\_\_\_\_ ont finalement demandé à ce qu'une rencontre ait lieu à l'issue de la nouvelle formation entreprise par leur fils, afin d'examiner si des mesures d'accompagnement dans le démarrage de l'activité professionnelle étaient nécessaires ou pas, ajoutant qu'ils reprendraient contact avec l'office pour le cas où l'intéressé ne parviendrait pas au terme de cet apprentissage.

Par décision du 14 octobre 2014, l'OAI a confirmé son projet du 4 septembre précédent.

A l'occasion d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 29 octobre 2014, le père de l'assuré s'est étonné de ce que la décision du 14 octobre 2014 ait été rendue nonobstant le courrier du 27 septembre 2014 contestant le projet du 4 septembre 2014. Son interlocuteur lui a alors répondu que la lettre du 27 septembre 2014, signée par lui-même et son épouse, n'était pas recevable comme contestation.

**D.** Agissant par l'entremise de ses parents, F.S. \_\_\_\_\_ a recouru le 10 novembre 2014 (date de l'envoi sous pli recommandé) auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. En substance, le recourant fait valoir que le but du courrier du 27 septembre 2014 était de faire reconnaître son véritable état de santé physique et psychique plus

que d'obtenir une rente, mais que les éléments invoqués n'ont pas été pris développés par l'intimé, dont la décision est la « *copie quasi conforme* » du projet établi le 4 septembre 2014. Se prévalant par ailleurs de l'avis de ses médecins traitants les Drs F.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, l'assuré déclare contester l'argumentation à la base de la décision entreprise et notamment la valeur de la « *prétendue* » expertise réalisée par le Centre B.\_\_\_\_\_. Il réclame en outre que soit prise en considération son histoire médicale et psychologique complète et demande à ne pas faire l'objet d'une décision « *définitive* », mais qui puisse être modulée et adaptée dans le temps en fonction de son évolution médicale. Il réitère également sa requête visant à ce que d'éventuelles mesures d'accompagnement au démarrage d'une activité professionnelle soient examinées par l'OAI à son retour de formation et requiert, pour le cas où il n'arriverait pas au terme de cet apprentissage, que sa situation puisse être réévaluée.

Pour étayer ses dires, le recourant produit diverses pièces dont un certificat médical établi le 7 novembre 2014 par le Dr X.\_\_\_\_\_, libellé comme suit :

"Je sou[ss]igné formule ce certificat sur demande de Monsieur F.S.\_\_\_\_\_ et de ses parents, ces derniers ayant reçu procuration de la part de leur fils.

J'atteste que Monsieur F.S.\_\_\_\_\_ présente des problèmes médicaux en particulier d'ordre neurologique et non pas seulement d'ordre psychiatrique. Ces aspects médicaux sont actuels et ne peuvent être ignorés dans l'évaluation des capacités professionnelles de Monsieur F.S.\_\_\_\_\_.

Etant en charge du suivi neurologique de Monsieur F.S.\_\_\_\_\_ depuis le printemps 2012, je note que ce suivi a demandé pas moins de 13 consultations sur une période de 2 ½ ans. Je constate également que je n'ai jamais été approché par l'AI pour une demande d'information médicale et que je n'ai pas été contacté par l'expert psychiatre en 2013."

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 6 janvier 2015. L'office retient pour l'essentiel que le rapport d'expertise du Centre B.\_\_\_\_\_ du 7 février 2013 est pleinement probant et que la motivation de la décision entreprise échappe à la critique. Au surplus, l'intimé souligne que la décision litigieuse ne

constitue pas une prise de position immuable et qu'il reste loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations en cas de modification des faits déterminants.

Aux termes de sa réplique du 25 janvier 2015, le recourant maintient ses précédents motifs et conclusions. Par écriture du 15 février 2015, il ajoute notamment que le fait qu'il n'y ait pas plus d'exams envisagés du point de vue neurologique ne permet pas de conclure à l'absence de trouble neurologique, le Dr X. \_\_\_\_\_ n'ayant du reste jamais été interpellé par l'OAI.

Dupliquant le 17 février 2015, l'intimé confirme sa position. Il relève en particulier que l'ensemble des documents médicaux au dossier a été pris en considération pour statuer sur le droit aux prestations du recourant. Or, il n'en demeure pas moins que les conclusions du rapport d'expertise du 7 février 2013 ne sont mises en doute par aucun élément pertinent ignoré des experts psychiatres et susceptible de modifier leur appréciation. Se déterminant le 9 mars 2015 sur l'écriture du recourant du 15 février précédent, l'OAI ajoute encore que des investigations supplémentaires ne sont pas nécessaires sur le plan neurologique. A cet égard, il relève, d'une part, que les experts du Centre B. \_\_\_\_\_ ont renoncé à un nouveau testing au vu des récents bilans neuropsychologiques effectués et que, d'autre part, l'assuré a indiqué en juillet 2014 que des investigations neurologiques ne seraient engagées qu'en cas de problèmes de santé, ce qui montre que le Dr X. \_\_\_\_\_ n'avait pas de motifs pertinents pour se livrer à une étude complémentaire sur ce point.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles

contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** Force est de constater en l'espèce qu'une certaine confusion se dégage de la décision entreprise, intitulée « *Pas de droit à des prestations de l'AI* » mais renvoyant uniquement à la réglementation applicable aux mesures de réadaptation tout en se référant, dans l'exposé des motifs, au seul examen du droit à la rente du recourant. Ce point importe toutefois peu puisque, dans le cadre de la présente procédure judiciaire, le recourant conteste l'absence d'atteinte à la santé invalidante retenue par l'office, problématique qui s'avère fondamentale non

seulement sous l'angle du droit aux mesures de réadaptation mais également sous l'angle du droit à la rente, l'ensemble des prestations de l'assurance-invalidité présupposant par définition l'existence d'une certaine invalidité (cf. TFA I 503/01 du 7 mars 2003 consid. 3.2) et donc d'une atteinte à la santé invalidante.

Dans ces conditions, on retiendra donc qu'est litigieux le point de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI – que ce soit sous l'angle d'une mesure de réadaptation ou d'une rente d'invalidité.

En revanche, il ne saurait être question pour la Cour de céans d'entrer en matière, à ce stade, sur les prétentions de l'assuré ultérieurement à sa formation de pâtissier en France – autrement dit pour une période postérieure à celle de la décision attaquée, dont il incombe à la Cour de céans de vérifier la légalité sur la base de l'état de fait existant au moment de son prononcé, soit au 14 octobre 2014 (cf. ATF 129 V 4 consid. 2.1 et 121 V 366 consid. 1). Dites prétentions sont donc irrecevables.

**3.** A titre liminaire, la Cour observe que le recourant reproche à la décision attaquée de ne pas avoir apporté de réponses aux arguments développés dans l'écriture du 27 septembre 2014. A supposer que l'assuré ait entendu se prévaloir par-là d'un défaut de motivation violant son droit d'être entendu, les considérations qui suivent s'imposent.

**a)** La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (cf. art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin de permettre au justiciable de la comprendre, de la contester utilement s'il y a lieu et d'exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en

connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (cf. ATF 138 IV 81 consid. 2.2 et 138 I 232 consid. 5.1 avec les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (cf. TF 1C\_587/2013 du 29 août 2013 consid. 2.1 et les arrêts cités). En revanche, une autorité se rend coupable d'une violation du droit d'être entendu si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2 et 126 I 97 consid. 2b).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 et 135 I 279 consid. 2.6.1).

**b)** Au cas d'espèce, on notera tout d'abord que, d'un point de vue formel, le courrier que H.S.\_\_\_\_\_ et C.S.\_\_\_\_\_ ont rédigé le 27 septembre 2014 pour leur fils F.S.\_\_\_\_\_ - alors majeur - suite au projet de décision du 4 septembre 2014 n'était certes accompagné d'aucune procuration écrite. Cela dit, il y a lieu de relever que selon la législation topique (cf. art. 37 LPGa), la forme écrite n'est nullement imposée pour la représentation conventionnelle (cf. dans ce sens CASSO AA 78/13 - 105/2014 du 20 octobre 2014 consid. 3). A tout le moins, au lieu d'écartier

d'emblée ledit courrier (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 29 octobre 2014), il appartenait à l'OAI d'interpeller le recourant, respectivement ses parents, sur le sujet, ou de demander une procuration écrite (cf. art. 37 al. 2 LPGA).

Peu importe toutefois, la question de savoir si cette omission pourrait être constitutive d'une violation du droit d'être entendu peut en effet demeurer indécise. Dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves, le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond avec celui de constatation manifestement inexacte des faits pertinents, que le recourant soulève également. Ce grief sera donc examiné avec le fond du litige.

Pour le surplus, il appert que la motivation – certes succincte – de la décision entreprise n'a pas empêché le recourant de faire intelligiblement valoir ses griefs au cours de la présente procédure judiciaire ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (cf. TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à 9C\_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). En conséquence, l'argument tiré d'une éventuelle violation du droit d'être entendu doit donc être écarté.

**4. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (cf. art. 6 LPGA).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

Par ailleurs, en vertu de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Celles-ci comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, à savoir l'orientation professionnelle (cf. art. 15 LAI), la formation professionnelle initiale (cf. art. 16 LAI), le reclassement (cf. art. 17 LAI) et l'aide au placement (cf. art. 18 LAI). La condition de l'invalidité exprimée par l'art. 8 al. 1 LAI doit être interprétée au regard des art. 8 LPGA et 4 LAI et définie, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1324 p. 365).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est

exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**c)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 de l'expert 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur

mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C\_268/2011 précité loc. cit. ; cf. également TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

**5.** Se fondant sur la position du SMR et les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 7 février 2013, l'OAI, aux termes de la décision entreprise, a retenu que l'assuré disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et qu'il ne présentait par ailleurs aucune atteinte psychiatrique.

Le recourant, de son côté, a fait valoir que l'OAI n'avait pas appréhendé sa situation médicale à sa juste mesure, se prévalant essentiellement de l'appréciation de ses médecins traitants les Drs X. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_.

**a)** Il convient dans un premier temps de se pencher sur les problèmes somatiques de l'assuré.

**aa)** Il est constant que diverses prestations de l'AI ont été accordées au recourant dès sa naissance, eu égard à une cardiopathie

congénitale complexe s'accompagnant de troubles épileptiques séquellaires à des abcès cérébraux (cf. let. A supra). A l'occasion des mesures d'ordre professionnel mises en œuvre dès 2006 et interrompues fin 2008, une pleine capacité de travail lui a plus particulièrement été reconnue dans une activité n'exigeant pas d'effort physique soutenu, n'étant pas soumise à un horaire irrégulier et évitant le stress, l'utilisation de machines dangereuses ainsi que le travail en hauteur (cf. let B supra [spéc. l'avis médical SMR du Dr M. \_\_\_\_\_ du 17 décembre 2008]).

**bb)** Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations déposée le 31 août 2010, le Dr N. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué, sous l'angle cardiologique, que le pronostic était bon même si l'intéressé - récemment opéré pour une correction chirurgicale de sa cardiopathie - pouvait clairement présenter des difficultés sur des efforts physiques importants (cf. rapport du 27 septembre 2010 p. 1). Ultérieurement, une bonne évolution a été signalée sur le plan clinique, bien qu'avec une capacité fonctionnelle difficilement évaluable (cf. rapport des Drs N. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ du 17 août 2012 p. 3). Quand bien même ces indications n'émanent pas d'un médecin somaticien, on notera au surplus que le Dr F. \_\_\_\_\_ a signalé, de son côté, que le recourant n'avait plus de limitations dues à l'atteinte cardiologique (cf. rapport du 3 janvier 2014 p. 2), ce qui tend à confirmer le pronostic favorable émis par les cardiologues consultés.

Au niveau neurologique, le Dr H. \_\_\_\_\_ a relevé une stabilisation depuis mai 2010 et estimé qu'à long terme (eu égard à l'intervention chirurgicale du 10 août 2010) la capacité de travail prévisible était de 100% dans un métier adapté - soit une activité ne nécessitant pas de soulever/porter ou de monter sur une échelle/un échafaudage, l'intéressé présentant en outre une résistance limitée (cf. rapport du 4 octobre 2010 p. 1 s.). Ayant repris le suivi du patient au printemps 2012 et adapté sa médication (cf. rapport du 16 mai 2012 p. 2 s.), le Dr X. \_\_\_\_\_ a observé à la fin de cette même année qu'aucun événement évocateur d'une crise d'épilepsie n'était signalé, qu'il n'y avait pas eu d'épisodes de céphalées à caractère migraineux, que seul était

annoncé un unique épisode de céphalée plus intense sans phonophobie et qu'il y avait en outre une réduction de la céphalée « *de fond* » chronique, sans aucune autre nouvelle symptomatologie (cf. rapport du 18 décembre 2012 p. 1). Se prononçant à la suite d'un électroencéphalogramme de longue durée, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ n'a par ailleurs pas relevé d'anomalie significative (cf. rapport du 4 avril 2013 p. 2). Si le Dr X.\_\_\_\_\_ a ensuite évoqué un épisode migraineux très fort en septembre 2013, avec une accentuation des troubles du sommeil et des céphalées chroniques quotidiennes, on constate néanmoins qu'il s'agissait du premier épisode migraineux depuis plus d'une année et qu'aucune nouvelle crise épileptique n'a en revanche été signalée (cf. rapport du 8 novembre 2013 p. 1). Le 3 janvier 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a également rapporté des céphalées quotidiennes chronifiées (cf. rapport du 3 janvier 2014 p. 1 ss), mais a signalé l'absence de crises d'épilepsie depuis 2011 (cf. *ibid.* p. 2). Lors d'un entretien le 24 février 2014 notamment en présence du Dr Q.\_\_\_\_\_ du SMR, l'assuré, qui signalait des maux de tête et des troubles du sommeil, a en particulier convenu qu'il prendrait contact avec le Dr X.\_\_\_\_\_ afin d'apporter d'éventuels nouveaux éléments sur le plan neurologique. Moins de cinq mois plus tard, le recourant a toutefois informé l'OAI qu'il partait en formation à l'étranger et qu'aucun bilan neurologique ne serait effectué, sous réserve d'investigations par le Dr X.\_\_\_\_\_ en cas de problème de santé (cf. courriel de l'assuré du 7 juillet 2014).

**cc)** Au regard de ces éléments, l'intimé a retenu que l'assuré présentait certes des affections cardiologiques et neurologiques imposant des restrictions d'ordre physique à l'exercice d'une activité professionnelle, mais qu'il conservait néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques engendrées par lesdits troubles - soit une activité sans travaux lourds, sans travaux en hauteur, sans utilisation de machines dangereuses et sans horaires irréguliers (cf. sommation du 5 août 2014 p. 2, projet de décision du 4 septembre 2014 p. 2 et décision de refus de prestations du 14 octobre 2014 p. 1). Or, à l'examen des pièces médicales évoquées ci-dessus, rien ne permet de mettre en doute cette conclusion.

Le certificat médical établi le 7 novembre 2014 par le Dr X. \_\_\_\_\_ n'y change rien. Aux termes de cette attestation, le neurologue traitant s'est en effet contenté de mettre en exergue la problématique neurologique de son patient, estimant que celle-ci ne pouvait être ignorée dans l'évaluation des capacités fonctionnelles. Force est toutefois de constater que l'aspect neurologique a dûment été pris en considération par l'intimé, quoi qu'en dise le Dr X. \_\_\_\_\_, lequel ne s'est du reste pas prononcé concrètement sur lesdites capacités fonctionnelles. S'il est par ailleurs incontestable que le recourant présente des atteintes neurologiques nécessitant un suivi médical, comme l'ont relevé le Dr X. \_\_\_\_\_ dans son certificat susdit et le recourant dans son écriture du 15 février 2015 (p. 1), ce seul élément - bien connu de l'intimé - ne suffit pas pour émettre des réserves quant à l'exercice d'une activité appropriée. Finalement, en tant que le Dr X. \_\_\_\_\_ relève ne pas avoir fait l'objet d'une demande de rapport médical de la part de l'OAI (argument repris par le recourant le 15 février 2015 p. 1), il y a lieu de souligner que c'est à l'assureur de prendre d'office les mesures d'instruction et de réunir les informations dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Or, en l'espèce, les éléments au dossier (et en particulier les comptes-rendus du Dr X. \_\_\_\_\_ des 16 mai 2012, 18 décembre 2012 et 8 novembre 2013) ne faisaient apparaître aucune évolution significative du point de vue neurologique méritant d'être plus spécifiquement investiguée avant qu'une décision ne soit rendue. Bien plus, la Cour relève, à l'instar de l'OAI, qu'il a été renoncé à un bilan neurologique complet courant 2014, d'éventuelles investigations en cas de problèmes de santé étant réservées (cf. courriel de l'assuré du 7 juillet 2014) - preuve que, sous cet angle, des mesures supplémentaires de la part de l'office n'auraient selon toute vraisemblance rien apporté de nouveau.

Pour le surplus, si les pièces au dossier se réfèrent également à des épisodes de céphalées et migraines, aucun élément médical concret ne permet cependant de leur attribuer objectivement un caractère incapacitant. Il apparaît notamment que cette problématique était déjà évoquée par les Drs Y. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ dans leur avis SMR du 21

novembre 2001, signalant des céphalées récidivantes taxées de migraines et pour lesquelles une cause infectieuse avait été exclue en 1998, mais qu'en revanche aucun neurologue n'a jusqu'ici fourni d'appréciation motivée permettant de qualifier ce trouble d'invalidant. On ne peut du reste rien déduire des céphalées incapacitantes diagnostiquées par le psychiatre traitant, sans aucune explication concrète (cf. rapport du 3 janvier 2014 p. 1). Le même constat s'impose s'agissant des troubles de vue invoqués par l'assuré (cf. demande de détection précoce du 28 juillet 2010 p.1 et écriture du 15 février 2015 p. 2), comme des problèmes dorsaux mentionnés par le Dr F. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 3 janvier 2014 spéc. p. 2).

Peu importe, du reste, que la limitation fonctionnelle liée au stress retenue en son temps par le Dr M. \_\_\_\_\_ (cf. avis médical SMR du 17 décembre 2008) ne figure plus parmi les restrictions physiques évoquées dans la décision entreprise (cf. décision du 14 octobre 2014 p. 1). En effet, non seulement cette cautèle avait-elle été émise pour tenir compte du stress engendré par le temps de déplacement entre le domicile de l'assuré et le lieu où ce dernier effectuait alors un apprentissage de cuisinier (cf. procès-verbal d'entretien de l'OAI du 22 avril 2008), mais encore était-il question à l'époque d'un assuré d'à peine 18 ans présentant une certaine immaturité et vivant une relation fusionnelle avec sa mère et conflictuelle avec son père (cf. avis précité du 17 décembre 2008) - circonstances dont rien au dossier n'incite à penser qu'elles devraient à l'heure actuelle faire l'objet de limitations spécifiques.

**dd)** A la lumière de ce qui précède, la Cour de céans ne peut donc que rejoindre l'intimé pour reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles cardiologiques et neurologiques.

**b)** Reste à examiner l'aspect psychique.

**aa)** Dans son rapport du 23 février 2011 (p. 1 s.), la Dresse V. \_\_\_\_\_ a expliqué que le recourant ne présentait pas d'affection

psychique aiguë, évoquant néanmoins des troubles de la personnalité à investiguer et mentionnant en outre des mécanismes de défense de même que des difficultés liées à une étape de vie privée et professionnelle. Elle n'a par ailleurs pas retenu d'incapacité de travail pour raisons psychiques. Cela étant, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a préconisé des investigations plus poussées (telles qu'un test de QI, des tests neuropsychologiques et des tests projectifs), afin de déterminer l'existence de troubles de la personnalité et/ou de séquelles en lien avec les difficultés rencontrées par l'assuré durant son enfance (cf. rapport du 23 février 2011 p. 3). C'est ainsi qu'un bilan neuropsychologique a été effectué entre les 30 août et 7 septembre 2011. Aux termes de cet examen, les psychologues I.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont fait état de performances cognitives dans les normes - voire dans les normes supérieures - lors de la majorité des épreuves administrées, avec une amélioration depuis la dernière évaluation réalisée en 2003 (cf. rapport du 16 septembre 2011 p. 3). L'OAI a par ailleurs mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Centre B.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport d'expertise du 7 février 2013, les Drs G.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ont conclu à l'absence de diagnostic ou d'affection psychiatrique. Ils ont plus particulièrement relevé que rien dans l'anamnèse ni dans l'exploration clinique de l'assuré ne faisait penser à la présence d'un trouble de la personnalité établi, tout en soulignant que les résultats des tests neuropsychologiques et projectifs réalisés en 2011 étaient tous à la limite de la normale. Partant, les Drs G.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ n'ont retenu aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 7 février 2013 pp 4 ss).

En résumé, il appert que si la psychiatre V.\_\_\_\_\_ a dans un premier temps exclu toute atteinte psychiatrique aiguë mais préconisé des investigations supplémentaires afin d'affiner l'évaluation de l'état de santé psychique de l'assuré, ces examens additionnels ne se sont finalement pas révélés concluants, puisque le bilan neuropsychologique effectué a débouché sur des résultats dans les limites de la norme et que l'expertise psychiatrique confiée aux spécialistes du Centre B.\_\_\_\_\_ n'a mis en lumière aucun trouble d'origine psychique susceptible d'influencer défavorablement la capacité de travail.

**bb)** Reste à se positionner sur les arguments invoqués par le recourant et ses médecins traitants à l'encontre de cette appréciation, s'agissant plus spécifiquement des conclusions de l'expertise psychiatrique du Centre B.\_\_\_\_\_.

**aaa)** Contrairement aux spécialistes intervenus jusqu'alors, le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu des atteintes psychiques/psychosomatiques se répercutant sur la capacité de travail, sous forme de trouble de la personnalité de type névrose de caractère et de neurasthénie (cf. rapport du 3 janvier 2014 p. 1). On ne saurait toutefois s'en tenir aux diagnostics ainsi mentionnés, faute pour ceux-ci de reposer sur une motivation convaincante.

S'il est vrai que le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est référé à un sentiment de fatigue chronique d'intensité variable chez le recourant (cf. *ibid.* p. 2), manifestement assimilé par ce médecin à de la neurasthénie, ce sentiment ne saurait toutefois équivaloir à un diagnostic psychiatrique posé *lege artis* sur la base d'un raisonnement objectif (cf. consid. 4b supra). Cette remarque trouve également à s'appliquer s'agissant de l'affirmation péremptoire du psychiatre traitant, selon laquelle l'assuré présenterait un « *tableau correspondant particulièrement bien à celui de la neurasthénie* » (cf. rapport du 3 janvier 2014 p. 3). Certes, le Dr F.\_\_\_\_\_ semble avoir fondé son appréciation sur le parcours de vie et les plaintes du recourant telles que reportées dans des tableaux et graphiques établis en 2013. Néanmoins, tant l'anamnèse personnelle que les plaintes annoncées - celles-ci étant strictement subjectives, ce dont le psychiatre traitant a lui-même convenu (cf. *ibid.* p. 3) - ne sauraient être considérées comme déterminantes à elles seules lorsque fait défaut, comme en l'espèce, une réelle analyse médicale de la situation reposant sur des critères scientifiques objectifs. Sous cet angle déjà, l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ est donc sujette à caution.

Invoquant en outre un examen psychologique effectué en 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_ a fait état d'une problématique de névrose de

caractère ou d'état limite ignorée par les experts du Centre B.\_\_\_\_\_, s'agissant de manifestations cachées chez un patient avec des séquelles psychologiques de son histoire et pour qui il était très important de prétendre être tout à fait normal et de n'avoir aucun problème (cf. ibid. p. 3). Le psychiatre traitant a ainsi évoqué un mal-être cachant un trouble plus profond de la personnalité avec des difficultés d'adaptation récurrentes et chroniques, respectivement un problème de personnalité sous-jacent (cf. ibid. p. 3). A ce propos, on notera toutefois que dans le rapport d'examen psychologique du 28 juillet 2013 (p. 3) mentionné par le Dr F.\_\_\_\_\_, la psychologue O.\_\_\_\_\_ s'est limitée à mettre en évidence un aménagement de la personnalité de niveau état-limite organisé principalement autour de la lutte contre les besoins de dépendance et contre le vécu dépressif engendré par la perte. Elle n'a en revanche à aucun moment fait mention d'indicateurs clairs évoquant un état pathologique susceptible d'entrer dans la définition d'un trouble de la personnalité à proprement parler (F60) - autrement dit d'une perturbation sévère de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, non directement imputable à une maladie, une lésion ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique (cf. CIM-10-GM 2014, Index systématique - Version française, Volume 1 [chapitres I-XI], Neuchâtel 2014, p. 212, texte édité par l'Office fédéral de la statistique [OFS]) - ni, à plus forte raison, d'un trouble de personnalité de type névrose de caractère (F60.9). Pour le surplus, le Dr F.\_\_\_\_\_ n'a pas apporté de réel raisonnement médical à l'appui d'un tel diagnostic, à l'égard duquel on ne peut donc qu'émettre des réserves. A cela s'ajoute que les experts du Centre B.\_\_\_\_\_ n'ont pas négligé l'étude du mode de fonctionnement du recourant, puisqu'ils ont relevé une certaine dépendance envers l'entourage avec procrastination, sans toutefois déceler tous les critères nécessaires pour poser un diagnostic psychiatrique ; ces mêmes experts ont par ailleurs retenu que rien dans l'anamnèse et l'exploration clinique de l'assuré n'indiquait la présence d'un trouble de la personnalité établi, les ruminations de l'intéressé avant de s'endormir et le manque de motivation, voire de concentration, lors des formations s'expliquant par les lourds antécédents somatique et leurs répercussions émotionnelles, (cf. rapport d'expertise du 7 février 2013 p. 4

s.). L'analyse du dossier ne révèle, en outre, aucun indice sérieux laissant à penser que les experts du Centre B. \_\_\_\_\_ auraient été trompés par les efforts du recourant pour dissimuler ses problèmes. Si tel est certes l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_, ce dernier s'est toutefois gardé de fournir des éléments concrets susceptibles d'en faire la démonstration. On ne saurait dès lors suivre le psychiatre traitant lorsqu'il affirme que les experts du Centre B. \_\_\_\_\_, induits en erreur par le comportement de l'assuré, auraient omis de reconnaître l'existence d'un trouble psychiatrique latent. Au final, il apparaît tout au plus que ce médecin a proposé sa propre évaluation de la situation, sans toutefois parvenir à l'étayer de manière concluante ni à démontrer en quoi celle des experts était erronée. Pour l'ensemble de ces motifs, le diagnostic de trouble de la personnalité ne peut pas non plus être retenu.

Par ailleurs, la Cour de céans constate que nonobstant les troubles incapacitants évoqués, le Dr F. \_\_\_\_\_ ne s'est à aucun moment prononcé sur la capacité de travail du recourant, considérant qu'il était prématuré de s'attarder sur cette question et qu'il y avait lieu d'attendre que l'intéressé ait trouvé une activité professionnelle pour connaître sa réelle capacité de travail. On rappellera toutefois que, précisément, la tâche du médecin consiste - en particulier - à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (cf. consid. 4c supra). En s'abstenant d'aborder cette problématique (et ce nonobstant une situation médicale décrite à l'unanimité comme stationnaire), le Dr F. \_\_\_\_\_ s'est donc prononcé de manière incomplète, ce qui justifie d'autant plus d'écarter son appréciation. Bien plus, selon le psychiatre traitant, le recourant serait soumis à une certaine pression familiale dans la recherche d'une formation professionnelle (cf. rapport du 3 janvier 2014 p. 4) - paramètre qui, s'il peut s'avérer dommageable pour la réussite des projets entrepris, n'est toutefois pas du ressort de l'AI.

Au surplus, on notera encore que la psychologue O. \_\_\_\_\_, dont l'appréciation a été invoquée par le Dr F. \_\_\_\_\_, n'a relevé aucun signe d'atteinte cognitive, comme l'avaient fait deux ans plus tôt les

psychologues I.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, dont l'évaluation a été prise en considération par les experts du Centre B.\_\_\_\_\_.

A l'aune de ce qui précède, il apparaît par conséquent que les considérations des experts du Centre B.\_\_\_\_\_ quant à l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant doivent l'emporter sur celles du psychiatre traitant.

**bbb)** Si par ailleurs le Dr X.\_\_\_\_\_ mentionnait une altération de la thymie dans son rapport du 8 novembre 2013 (p. 1), celle-ci s'inscrivait dans le contexte spécifique d'un échec lors d'une tentative de formation à l'étranger. En tout état de cause, cette simple référence, dépourvue de précisions, ne saurait suffire pour mettre à mal les constatations des experts du Centre B.\_\_\_\_\_. Du reste, force est de constater que cette problématique n'est plus évoquée dans le certificat médical du Dr X.\_\_\_\_\_ du 7 novembre 2014.

Peu importe en outre que le neurologue X.\_\_\_\_\_ n'ait pas été contacté lors de l'expertise psychiatrique du Centre B.\_\_\_\_\_ (cf. certificat médical du 7 novembre 2014). De fait, on voit mal ce qui aurait justifié une telle prise de contact, dès lors que les spécialistes du Centre B.\_\_\_\_\_ étaient appelés à se prononcer non pas sous l'angle neurologique mais sous l'angle psychiatrique et qu'ils avaient du reste à leur disposition le dossier complet de l'assuré (soit également sur le plan neurologique), ayant par ailleurs pratiqué un examen clinique le 7 novembre 2012 sans mettre en évidence d'éléments nécessitant l'interpellation d'un neurologue.

**ccc)** Sur un autre plan, en tant que la durée de l'expertise psychiatrique du Centre B.\_\_\_\_\_ a été mise en cause (cf. objections du 27 septembre 2014 p. 1 s. et écriture du 15 février 2015 p. 1), il y a lieu de relever que la durée de l'examen n'est pas en soi un critère pour juger de la valeur probante d'un rapport médical et que cet aspect ne saurait remettre en question la valeur du travail d'un expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré

concerné dans un délai relativement bref (cf. TF 9C\_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 5.2 et 9C\_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2). Bien plus, le caractère ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un médecin traitant ne saurait ensuite ôter toute valeur à la première dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre - moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement un médecin traitant à son patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) - et autorisé sur un cas particulier (cf. TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Au reste, rien ne démontre en l'espèce que le caractère ponctuel de l'expertise aurait exercé une quelconque influence sur le jugement porté par les experts du Centre B.\_\_\_\_\_.

Au surplus, peu importe que l'examen clinique ait dans un premier temps été conduit par un médecin assistant, puis par son responsable (cf. objections du 27 septembre 2014 p. 1 s.). En effet, il n'en demeure pas moins que le rapport d'expertise du 7 février 2013 a été signé par ces deux médecins, dont l'un - en sa qualité de médecin psychiatre à la tête du Centre B.\_\_\_\_\_ - disposait des qualifications nécessaires pour procéder à une telle évaluation. Or, selon la jurisprudence, le rôle de l'expert dans une discipline médicale spécifique suppose des connaissances correspondantes de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (cf. TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2), cette dernière hypothèse étant dans tous les cas réalisée en l'espèce.

**cc)** Dans ces conditions, force est d'admettre que, sur le plan psychiatrique, les conclusions des experts du Centre B.\_\_\_\_\_ sont convaincantes, qu'aucun motif pertinent ne permet de les remettre en cause et qu'elles répondent ainsi aux exigences requises pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 4c supra; cf. également ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Sur cette base, on retiendra donc que le recourant ne présente aucune atteinte du registre psychiatrique susceptible d'amoinrir sa capacité de travail.

A ce niveau, la position du SMR (cf. notamment avis médicaux du Dr Q. \_\_\_\_\_ des 19 février 2013 et 10 janvier 2014) et, corollairement, de l'OAI échappe donc à la critique.

**c)** Dès lors, la Cour de céans ne peut que se rallier à l'intimé pour retenir que le recourant dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et qu'il ne présente en outre aucune atteinte psychiatrique réduisant sa capacité de travail.

**6.** C'est sur la base de ce constat que l'office a statué le 14 octobre 2014, mettant un terme aux mesures d'ordre professionnel octroyées à l'assuré, non sans lui avoir préalablement adressé une sommation le 5 août 2014 avec un délai au 26 août 2014 pour reprendre le stage interrompu en 2012.

**a)** Sur ce point, on notera qu'en vertu de l'art. 7 al. 2 let. c LAI, l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels) - et cela notamment s'agissant de mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

En vertu de l'art. 7b al. 1 LAI, si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI (de même qu'à celles exposées à l'art. 43 al. 2 LPGA), les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA. Selon cette dernière disposition, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en

demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite ; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (cf. ATF 134 V 189 consid. 2.3 ; cf. TF 8C\_525/2009 du 18 mai 2010 consid. 3.2.1 et I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1 ; cf. TFA I 605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Cette procédure est un préalable impératif avant tout refus ou suppression de prestations (cf. Valterio, op. cit., n° 1273 p. 353 et les références citées ; cf. dans le même sens Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>e</sup> éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 134 ad art. 21 LPGA p. 327).

**b)** Au cas particulier, il y a lieu de retenir que la formation d'assistant en pharmacie était de toute évidence adaptée aux restrictions physiques du recourant, lequel ne présente du reste aucun trouble psychique incapacitant (cf. consid. 5 supra). Partant, ce n'est donc pas une cause médicale qui a mis en échec cette formation (cf. avis médical SMR du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 19 février 2013). Dans ces conditions, il faut admettre que l'assuré a interrompu sa formation d'assistant en pharmacie pour des raisons étrangères à son état de santé. L'intéressé ne fait par ailleurs valoir aucun motif excusable justifiant l'abandon de cette formation, qu'il y a donc lieu de considérer comme volontaire.

Cela étant, ayant procédé conformément aux exigences formelles prévues par la loi en adressant une sommation au recourant le 5 août 2014 assortie d'un délai de réflexion convenable au vu des circonstances du cas particulier, l'OAI était par conséquent justifié, faute

de réaction dans le laps de temps imparti, à rendre une décision de refus de mesures d'ordre professionnel en l'état du dossier.

**7.** Considérant ainsi qu'il n'y avait pas lieu à des mesures professionnelles, l'OAI, aux termes de la décision entreprise, a également dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec le celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (cf. art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

**b)** En l'occurrence, l'intimé s'est abstenu de procéder au calcul effectif du degré d'invalidité du recourant, retenant que ce dernier ne pouvait se prévaloir d'aucun préjudice économique dans la mesure où, sans atteinte à la santé, il aurait également suivi un apprentissage d'assistant en pharmacie avec CFC puis aurait travaillé en plein dans cette profession.

De fait, il y a lieu de relever que nonobstant l'intérêt montré par l'assuré pour les métiers d'assistant vétérinaire, cuisinier, pâtissier ou encore opticien, c'est toutefois bien lui qui a choisi de se tourner vers une formation d'assistant en pharmacie en 2011, après avoir fait un stage lui ayant beaucoup plu (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 14 février 2011). Il a d'ailleurs indiqué à l'OAI, lors de la mise en œuvre de ce nouveau projet, qu'il en était « *très content* » (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 16 mars 2011). Ces éléments tendent donc à infirmer les allégations ultérieures du recourant selon lesquelles il se serait résolu à une telle formation « *sans passion* » (cf. objections du 27 septembre 2014 p. 1). De telles circonstances pouvaient également amener l'OAI à retenir que, sans atteinte à la santé, l'intéressé se serait vraisemblablement engagé dans un parcours analogue. Compte tenu d'une capacité résiduelle

de travail de 100% dans l'activité de choix du recourant, considérée comme adaptée, le degré d'invalidité se confond par conséquent avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et 9C\_137/2010 du 19 avril 2010 ; cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6), soit un taux de 0% ne permettant pas de prétendre à une rente d'invalidité.

A noter, par surabondance, que l'application de l'art. 26 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) aurait été exclue dans le cas particulier. En effet, cette disposition est un cas particulier d'application de la méthode générale de la comparaison des revenus (cf. art. 16 LPG) et permet de déterminer le revenu sans invalidité des assurés qui n'ont pas de formation professionnelle à cause de leur invalidité (cf. TF 9C\_398/2014 du 27 août 2014 consid. 4.2). Or, tel n'est précisément pas le cas du recourant qui a, pour des raisons qui lui sont propres, arrêté une formation professionnelle adaptée sous l'égide de l'AI.

**8.** La Cour n'entend certes pas minimiser le parcours du recourant, confronté dès son plus jeune âge à des problèmes de santé aux niveaux cardiologique et neurologique dont on ne saurait nier la gravité. Cela dit, il n'en demeure pas moins que le droit aux prestations de l'AI est régi par des exigences légales strictes (exposées plus haut), dont il n'est pas possible de déroger pour des raisons d'opportunité liées à des circonstances personnelles particulières. Or, il appert en définitive que la décision litigieuse s'avère conforme à ces mêmes exigences. Dite décision n'est donc pas critiquable dans son résultat.

Cela dit, comme l'a fait l'intimé (cf. réponse du 6 janvier 2015 p. 3), il convient encore de souligner que la décision susdite ne constitue pas une prise de position immuable de l'AI à l'égard du recourant. Ce dernier conserve en effet la faculté, en cas de modification notable de la situation, de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'office.

**9. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue le 14 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- H.S. \_\_\_\_\_ et C.S. \_\_\_\_\_ (pour F.S. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :