

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 octobre 2016

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
M. Berthoud et Mme Silva, assesseurs  
Greffière : Mme Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap, Service Juridique, à  
Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7, et 8 LPGA ; 17 et 28 LAI**

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

**A.** Le 14 janvier 2011, le Centre social régional de [...] a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une communication de détection précoce concernant V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1988, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacités (CFC) d'horticulteur-paysagiste obtenu en été 2008, sans activité. Sur le formulaire prévu à cet effet, il était indiqué que l'assuré présentait une incapacité totale de travail depuis juin 2009 pour les motifs suivants : « problème de dos, actuelle précarité de santé psychique ».

A la suite d'un entretien d'évaluation du 1<sup>er</sup> février 2011 entre l'assuré et un conseiller en réinsertion professionnelle de l'AI, l'OAI a conclu que le dépôt d'une demande de prestations AI était indiqué, dans un but de réadaptation. Le 28 février 2011, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle.

Dans un rapport médical du 11 mars 2011, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie et traitement interventionnel de la douleur, exerçant au Centre de la douleur R.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics d'ancienne fracture épineuse C7, d'uncarthrose C5-C6 > C6-C7 et d'ancien traumatisme crano-cérébral (TCC) deux ans auparavant. Il a conclu à une capacité de travail de 75% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, soit autorisant le changement fréquent de positions, le port de charge répété limité, la position assise continue limitée à 2 heures, et évitant les flexions/extensions de la nuque répétées.

Dans un rapport médical du 21 mars 2011 à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a retenu les diagnostics de fracture de l'apophyse épineuse de C7 en 2007 et de fracture du plateau supérieur de D4 et D5. Il a précisé que l'assuré était son patient depuis le 20 octobre 2010. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, la

station debout prolongée et le port de charges lourdes étant impossibles dans le cadre de la profession de paysagiste. Par ailleurs, le rendement était réduit en raison des douleurs. Il a annexé à son rapport un courrier du 2 mars 2011 du Dr D.\_\_\_\_\_, médecin-chef du service de chirurgie orthopédique et réadaptation physique au Centre Médical P.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical du 23 mars 2011 à l'OAI, le Dr D.\_\_\_\_\_ a indiqué que les diagnostics suivants avaient des répercussions sur la capacité de travail de son patient :

- Cervico-scapulalgies chroniques dans le contexte de :
  - o troubles dégénératifs étagés
  - o déconditionnement musculaire
  - o status après fracture de l'épineuse de C7 (2007)
- Dorsalgies hautes sur status après fracture dorsale
- Syndrome sous-acromial épaule gauche
- Comorbidités : aucune.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a en outre mentionné ce qui suit :

« 1.4

Résumons, en disant que ce patient jouissait d'un assez bon état général mais que la situation s'était péjorée après une chute à vélo intervenue en 2007, lors d'une descente quand le patient aurait fait une collision avec un arbre. Il aurait eu une commotion cérébrale, et des douleurs cervicodorsales.

Mais il ne consulte pas de médecin à l'époque.

Ce n'est que quand il change de médecin traitant, et qu'il vous consulte en 2010, qui relate ses problèmes, qui lui ont désocialisé depuis. Vous procédez à des investigations radiologiques, à la fois CT-scan et IRM, où on lui parle de fractures et de troubles dégénératifs. Dans ce contexte, le patient est envoyé à [au] centre de la Douleur à [...], où il est vu par le Dr J.\_\_\_\_\_, qui propose des infiltrations. Cette proposition est gentiment déclinée par le patient, qui décide de me consulter.

Notons en parallèle, que le patient a fait une nouvelle chute à vélo en septembre 2010, mais cette fois-ci sur l'épaule gauche. Il est suivi, pour cette affection à l'hôpital [...] avec le diagnostic, selon ses dires - d'entorse acromio-claviculaire. De la physiothérapie est faite pour ce problème.

#### **Plaintes actuelles :**

Actuellement, les douleurs sont bien présentes, à la fois dans la région cervicale basse irradiant dans l'occiput ainsi qu'au niveau interscapulaire, la douleur est augmentée surtout lors des activités

physiques, ou lors des postures assises stationnaires, moins bien supportées que la position debout (même s'il est difficile à faire estimer par le patient ces difficultés).

La position en hyperextension augmente les douleurs, accompagnée de vertiges.

Quelques barométralgies.

De l'autre côté il signale aussi des douleurs au niveau de l'épaule gauche, sur sa face supérieure et occasionnellement antérieure. Sensation de manque de force dans la main gauche.

**Anamnèse socio-professionnelle :**

Patient célibataire, sans enfant. A une sœur qui souffrirait de dysplasie osseuse (?) vs fibreuse.

Formation de paysagiste avec CFC terminé en 8.2008, activité où le patient n'a jamais continué. A fait quelques petits emplois. Pas d'arrêt de travail. Vit à l'aide social[e].

Demande AI pour une réinsertion professionnelle ».

Le Dr D. \_\_\_\_\_ a estimé qu'un reconditionnement musculaire était nécessaire avant la reprise d'une activité professionnelle adaptée, soit excluant les postures en flexion du tronc et en porte à faux, le travail en extension de la nuque, le port de charge étant limité à 10-15 kg (sous réserve de l'évaluation des capacités fonctionnelles en cours). Il a précisé que l'activité de paysagiste n'était plus adaptée à l'état de santé de l'assuré.

Le 7 avril 2011, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a remis à l'OAI un rapport médical du 31 janvier 2011, ainsi qu'un questionnaire spécifique psychiatrique dûment complété visant à mieux cerner de possibles limitations fonctionnelles d'origine psychiatrique. Ce médecin a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, présent depuis 10 ans. Il a en outre exposé ce qui suit :

« 1.4

(...).

Symptômes actuels /état actuel et indications subjectives/constat objectif :

Le patient fait son âge et est correctement habillé. Il présente une légère méfiance lors des premiers entretiens car le corps médical en général l'aurait largement déçu n'ayant pas pu soulager ses douleurs. Il paraît triste, épuisé et désespéré et se plaignant des pertes sur de nombreux plans de sa vie professionnel, et de loisirs. La douleur prend

également beaucoup de place. Il est moyennement motivé d'effectuer un travail psychothérapeutique sur lui en expliquant que sa vie serait épanouie sans les douleurs, ses difficultés avec les représentations d'autorité et avec son père. Son intelligence est dans la fourchette supérieure de la norme et il présente des ressources pour travailler sur lui. Il présente des troubles du sommeil et de l'appétit provenant des douleurs et des médicaments contre celles-ci, il y a des sentiments de honte et de culpabilité verbalisés. Les idées noires voire suicidaires sont en toile de fond. Il se plaint de fatigue chronique, d'irritabilité et de sensation de colère.

Pronostic :

Médiocre à long terme sur le plan psychique.

1.5

Nature et importance du traitement actuel :

Le patient a interrompu le traitement après trois entretiens d'investigation psychiatrique. (...) ».

Le 7 juin 2011, le Dr D. \_\_\_\_\_ a confirmé à l'OAI que des mesures professionnelles pouvaient être entreprises sur la base d'une exigibilité de 100% en tenant compte des limitations fonctionnelles décrites (postures en flexion du tronc ou en porte-à-faux et travail en extension de la nuque exclus - port de charge limité).

Le 20 juin 2011, le Dr C. \_\_\_\_\_ a répondu de la manière suivante aux questions complémentaires de l'OAI :

*« - Quelles sont les dates précises des incapacités de travail (étant attendu que vous ne suivez l'assuré que depuis novembre 2010) ?*

Anamnestiquement (selon le patient, selon sa mère) le patient présente une incapacité de travail de 100% depuis 10 ans. Par contre, de manière objective, je ne peux bien entendu attester de cette incapacité que depuis le mois de novembre 2010 quand j'ai connu le patient. L'assuré a été suivi par le généraliste, le Dr L. \_\_\_\_\_ [...] à [...] et a eu des consultations au Centre de la douleur à [...]. Comme le patient a rompu le suivi avec moi le [recte : en] février 2011, je n'ai plus d'informations à son sujet. Je vous conseille de contacter les somaticiens cités ci-dessus.

*- Vous évoquez le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent. Or dans votre rapport médical du 07.04.2011, nous n'arrivons pas à trouver les aspects récurrents de ce trouble de l'humeur. Pouvez-vous préciser si l'assuré a été avant vous suivi par d'autres psychiatres et si oui lesquels, ou si l'assuré a fait des séjours en milieu psychiatrique ?*

*- Dans votre rapport médical du 07.04.2011, vous reprenez le diagnostic d'un épisode dépressif sévère. Or dans la description des plaintes et des symptômes nous peinons à retrouver les différents critères selon CIM-10. Pouvez-vous développer de manière plus détaillée vos observations ?*

Dans mon rapport j'objective les éléments suivants : tristesse, apparence d'être épuisé et désespéré, la douleur, les troubles du

sommeil et de l'appétit, des sentiments de honte et de culpabilité et des idées noires voire suicidaires. Pendant le suivi, ce tableau a été fluctuant, je dirais entre un épisode dépressif moyen à sévère avec à une reprise un accès de violence dans lequel il a détruit du matériel dans son appartement. Ces signes accompagnés d'une démotivation important[e] ainsi qu'une inertie et ralentissement psychique prononcés me permettent d'argumenter la prédominance de l'épisode dépressif sévère. Par ailleurs, quant à mon appréciation de patients psychiatriques, quand des idées suicidaires sont présentes, cela est un facteur déterminant de la sévérité de l'épisode à cause du pronostic vital qui risque d'être compromis ».

Par communication du 21 juin 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous forme d'une orientation professionnelle auprès du Q.\_\_\_\_\_ (Centre Q.\_\_\_\_\_) à [...], du 14 juin au 30 août 2011, à raison d'une ou deux heures par semaine.

Dans son rapport de synthèse du 30 août 2011, Mme M.\_\_\_\_\_, psychologue et conseillère en orientation, a constaté les éléments suivants :

« (...).

#### **Freins à la réinsertion**

Actuellement, les douleurs dorsales ne sont pas stabilisées et, à chaque entretien, M. V.\_\_\_\_\_ a montré beaucoup de signes de souffrance au niveau du dos, ce qui souvent l'empêchait de se concentrer. Actuellement il semble vivre un peu au jour le jour et ne parvient pas à mettre de l'énergie dans la réalisation de son projet professionnel. Il a des soucis financiers importants et peine à boucler les fins de mois.

Durant le bilan, il lui a été difficile d'effectuer les tâches qui lui étaient attribuées. Il avait l'impression de retourner à l'école. Par ailleurs, il n'arrive pas à s'organiser un accès à un ordinateur avec imprimante pour effectuer son dossier de candidature.

Les tests d'aptitudes montrent qu'il a tout-à-fait les moyens intellectuels de mener à bien une nouvelle formation professionnelle ; toutefois ses attitudes actuelles ne semblent pas compatibles avec une formation professionnelle : il a de la peine avec les contraintes et ne se montre pas toujours régulier ; il n'a pas exercé d'activité professionnelle régulière depuis plusieurs années et n'a jamais travaillé sur du long terme. Il a tendance à adopter un comportement de fuite devant les difficultés.

Il n'a presque plus de contact avec sa famille et ne semble pas disposer d'un réseau motivant pour le soutenir dans son projet d'entreprendre une formation professionnelle.

#### **Contextes, rôles et domaines professionnels en accord avec le profil**

Que ce soit pour une formation ou pour une place de travail, M. V.\_\_\_\_\_ sera certainement plus à l'aise s'il peut évoluer dans une structure pas trop grande où il se sent bien encadré.

Les résultats du bilan permettent d'envisager les pistes suivantes :

Dessinateur paysagiste : Monsieur V. \_\_\_\_\_ privilégie avant tout cette piste et il est vrai qu'elle convient bien tant à ses intérêts qu'à ses aptitudes. Depuis une ou deux semaines, M. V. \_\_\_\_\_ a commencé à contacter des employeurs potentiels et à préparer son dossier de candidature.

Dessinateur architecte : M. V. \_\_\_\_\_ est également très intéressé par l'architecture et peut aussi envisager une reconversion dans ce domaine. Pour cette activité, il préférerait largement travailler dans une petite structure et pouvoir à moyen terme aller sur le chantier.

M. V. \_\_\_\_\_ a une nette préférence pour le projet de dessinateur paysagiste. Il est clairement conscient que l'atteinte de son objectif dépendra de sa capacité à mobiliser son énergie pour effectuer toutes les démarches en vue de sa réalisation. Il souhaite procéder par étapes, la première étant de reprendre un rythme de travail en exerçant une activité régulière.

### **Suite envisagée / propositions**

Dans un premier temps, il est important que M. V. \_\_\_\_\_ effectue une période de réentraînement au travail pour voir sa capacité à exercer une activité régulière.

Durant le bilan, il a commencé des démarches concrètes, élaboré son dossier de candidature et contacter des entreprises en vue d'effectuer un stage de dessinateur horticulteur. Il lui serait très utile de pouvoir être accompagné dans ses démarches en bénéficiant d'un coaching ».

L'assuré n'ayant pas donné suite, sans excuse valable, à un entretien d'évaluation avec le conseiller en réinsertion professionnelle de l'AI prévu le 1<sup>er</sup> septembre 2011, il a été reconvoqué pour le 14 septembre 2011. L'assuré s'est déclaré intéressé à suivre un stage à l'I. \_\_\_\_\_.

Au des éléments précités, l'OAI a soumis le cas de l'assuré à son Service médical régional (ci-après : SMR). Dans un rapport du 27 septembre 2011, le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu les diagnostics de cervico-scapulalgies chroniques dans le contexte d'un status après fracture de l'épineuse C7 en 2007, de troubles dégénératifs étagés et d'un déconditionnement musculaire. Comme pathologies associées du ressort de l'AI, il a fait état de dorsalgies hautes sur status après fracture dorsale et de syndrome sous-acromial de l'épaule gauche. Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, alors qu'elle était entière dans une activité adaptée et ce, depuis le 23 mars 2011 (cf. rapport médical du Dr D. \_\_\_\_\_ du 23 mars 2011). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait été suivi par un psychiatre pendant trois mois et

qu'il n'avait plus de traitement à visée psychique depuis le mois de mars 2011.

Par communication du 25 octobre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais du stage d'observation en section Dessin en bâtiment (DBA) auprès du Centre de formation I. \_\_\_\_\_ à [...] du 31 octobre 2011 au 5 février 2012.

Par décision du 28 octobre 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une indemnité journalière d'un montant de 97 fr. 30.

Dans une note de suivi du 1<sup>er</sup> février 2012, le conseiller en réinsertion professionnelle a indiqué qu'en dépit de nombreuses absences et retards, l'assuré avait confirmé son intérêt pour une formation de dessinateur-paysagiste qui correspondait bien à ses compétences et motivations. L'objectif était maintenant de trouver une place d'apprentissage.

L'assuré a finalement signé le 20 mars 2012 un contrat d'apprentissage du 27 août 2012 à fin août 2016 en qualité de dessinateur-paysagiste auprès d'Y. \_\_\_\_\_ à [...]. Avant de commencer son apprentissage, l'assuré a bénéficié de plusieurs formations en informatique.

Par décisions du 13 avril 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une indemnité journalière de 97 fr. 30 du 22 février 2012 au 26 août 2012 (motif : attente de réadaptation).

Par décision du 10 octobre 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une indemnité journalière de 97 fr. 30 du 27 août 2012 au 26 août 2016 (motif : reclassement).

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du 24 janvier 2013 entre l'OAI et le directeur d'Y. \_\_\_\_\_ les éléments suivants :

« M. [...] nous fait part de ses inquiétudes concernant V.\_\_\_\_\_. Il nous informe que ce dernier est parfois absent aux cours, qu'il a des difficultés en mathématiques et a du mal à supporter l'autorité. Il est actuellement en arrêt maladie (M. [...] en ignore la cause exacte).

V.\_\_\_\_\_ se plaint de douleurs au dos en raison de sa fracture, qu'il n'arrive pas à faire ses devoirs à la maison et qu'il souhaite par conséquent les faire pendant ses heures de travail, qu'il aimerait travailler à 80% et faire du sport pendant sa journée de libre.

M. [...] pense que V.\_\_\_\_\_ a des problèmes psychiques et a peur qu'il soit actuellement en dépression. Il souhaite que V.\_\_\_\_\_ puisse faire une évaluation médicale et psychique par le biais de l'AI ».

Au vu de ces éléments, le conseiller en réinsertion a constaté que l'assuré ne suivait pas les cours dans les branches les plus faibles et que son attitude se détériorait en dépit du soutien apporté par l'employeur et lui-même. Le reclassement étant compromis par sa faute, il convenait dès lors de lui adresser une sommation (cf. note de suivi du 6 mars 2013). Toutefois, dans l'intervalle, l'assuré a été interné à la Fondation T.\_\_\_\_\_ en raison d'une menace de suicide et présentait une totale incapacité de travail.

A la demande de l'OAI du 13 février 2013, le Dr L.\_\_\_\_\_ a précisé le 8 mars 2013 qu'il avait établi un certificat médical en faveur de son patient du 17 au 18 janvier 2013 en raison de dorsalgies et qu'à sa connaissance, il n'avait pas consulté d'autres spécialistes.

Par lettre recommandée du 28 mars 2013, l'OAI a fixé à l'assuré un délai au 15 avril 2013 pour reprendre contact avec son conseiller AI et confirmer par écrit qu'il souhaitait bénéficier de mesures de réadaptation et allait collaborer pleinement tout au long des mesures qui seraient mises en place. Il devait dans le délai précité également préciser le nom de son médecin-psychiatre assurant son suivi ou tout autre médecin consulté depuis l'été 2012.

Dans un certificat médical du 28 mars 2013, la Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et directrice médicale à la Fondation T.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail totale du 28 mars au 27 avril 2013.

Le 10 avril 2013, l'OAI a informé la caisse cantonale de compensation AVS que la mesure en faveur de l'assuré prendrait fin prématurément en date du 16 avril 2013. Selon le rapport final de la division de réadaptation de l'OAI (ci-après : REA) du 11 avril 2013, l'assuré n'était plus allé aux cours depuis le 14 février 2013 sans explications. De par son comportement, il n'avait plus donné de nouvelles à ce jour, ni au conseiller ni à l'employeur en dépit de nombreux rappels et après avoir discuté avec la mère de l'assuré.

Le 1<sup>er</sup> mai 2013, l'assuré a demandé à l'OAI de prendre contact avec la Dresse N.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical du 30 juillet 2013, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de trouble de la personnalité schizoïde présent depuis la fin de l'adolescence, de traits paranoïaques et de limitation fonctionnelle avec atteinte ostéo-articulaire des vertèbres cervicales. Elle a toutefois mentionné que les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation périodique, n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de son patient. Elle a ajouté que l'assuré était son patient depuis le 22 janvier 2013 jusqu'au 21 juin 2013, date de la dernière consultation. Elle a attesté une incapacité totale de travail du 28 mars au 30 avril 2013, puis de 20% du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2013. Elle a estimé que l'assuré était en mesure de reprendre une activité adaptée à hauteur de 50% afin de le maintenir dans un circuit actif et d'éviter une incapacité de travail durable à 100%. Elle a en outre relevé qu'en ce qui concernait les restrictions psychiques, l'assuré n'était pas à même d'établir des relations, y compris professionnelles, investies sur la durée, il assumait mal ses manquements et ses absences, tout en ayant conscience et pouvant le critiquer, à se mettre dans une dynamique d'échec. Les douleurs physiques étaient présentées comme explicatives de ses différents manquements alors que le rapport de causalité était, selon la psychiatre traitante, mixte et très

probablement liés également à son trouble de la personnalité et ses difficultés de contact. Au travail, elles se manifestaient par un absentéisme, l'intéressé estimant qu'il n'avait pas la capacité de travailler à 100%.

Par avis médical du 30 août 2013, le Dr X. \_\_\_\_\_ du SMR a proposé de retenir les incapacités de travail attestées par la Dresse N. \_\_\_\_\_. Le pronostic était favorable si le traitement pouvait être suivi régulièrement. L'octroi de prestations de l'AI devait donc être subordonné à l'obligation de traitement.

Par communication du 31 octobre 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge des mesures de réinsertion (entraînement progressif) auprès de Z. \_\_\_\_\_ à [...] du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 2 mai 2014.

Par décision du 8 novembre 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une indemnité journalière de 97 fr. 30 du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 2 mai 2014 (motif : formation professionnelle initiale).

Par courriel du 22 janvier 2014, la responsable de Z. \_\_\_\_\_ a informé la psychologue AI que l'assuré souhaitait arrêter la mesure en raison des modules artistiques qui l'infantilisaient. Interrogée à ce sujet, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a précisé le 31 janvier 2014 (note d'entretien téléphonique portant la même date) que son patient n'avait pas supporté d'avoir été confronté à s'exposer lors du travail du spectacle. Elle maintenait une capacité de travail de 50%.

Par courrier du 13 mars 2014, l'OAI a informé la caisse cantonale de compensation AVS que la mesure d'entraînement progressif avait définitivement été interrompue le 31 janvier 2014 et qu'il n'y avait plus lieu de verser des indemnités journalières au-delà de cette date.

Par courrier du 12 juin 2014, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a répondu de la manière suivante aux questions de l'OAI :

«

**1. Assurez-vous toujours le suivi de notre assuré, si oui quelle est périodicité des consultations ?**

J'ai assuré le suivi de M. V. \_\_\_\_\_ jusqu'à la fin février 2014, date à partir de laquelle il a manqué les rendez-vous fixés. Je l'ai revu récemment, il a souhaité reprendre un suivi bimensuel.

**2. Quel est le traitement / la compliance du traitement ?**

Le traitement est d'entretiens psychiatriques à raison d'une fois à quinzaine et une médication à visée anxiolytique de [...]. Sur le plan psychopharmacologique, Monsieur V. \_\_\_\_\_ démontre les plus grandes réticences à entreprendre un traitement de fond, à la fois antidépresseur et neuroleptique, qui l'aurait aidé à canaliser ses angoisses et ses sentiments de persécution.

**3. L'état de santé de l'assuré s'est-il péjoré entre votre rapport de juillet 2013 et février 2014 ?**

A mon avis l'état de santé de l'assuré est resté stable, la mesure de réentraînement progressif prévue par votre service de réadaptation a été interrompu par M. V. \_\_\_\_\_, perçu par lui-même comme inadapté à sa problématique et renforçant son sentiment de persécution et d'insécurité interne. M. V. \_\_\_\_\_ possède peu de capacité d'introspection et peu de capacité à percevoir que son organisation psychique, extrêmement rigide, le rend peu apte à s'adapter aux demandes de l'environnement.

**4. Si oui, quelle est la nature/l'origine de cette aggravation, quels sont les événements qui justifient une diminution de la capacité de travail en quelques mois ?**

A mon avis, il n'y a pas de diminution de la capacité de travail, la situation de M. V. \_\_\_\_\_ ne s'est pas aggravé[e], hormis sur le plan socio-professionnel mais pas sur le plan psychique. A mon avis, une activité à 50% de capacité de travail est raisonnablement exigible.

**5. Les limitations fonctionnelles ont-elles changé? Quelles sont-elles exactement d'un point de vue psychiatrique ?**

A mon avis, les limitations fonctionnelles n'ont pas changé. D'un point de vue psychiatrique, on peut considérer que M. V. \_\_\_\_\_ est très mal à l'aise dans les relations interpersonnelles, il est vite persécuté par les exigences de l'environnement, ce qui génère des angoisses importantes et des blocages relationnels. Sa problématique schizoïde le conduit à s'isoler progressivement pour éviter un contact avec l'environnement, toujours à risque d'être blessant et de lui renvoyer ses incapacités. Il est, de plus, une dimension narcissique qui le protège sur le plan de la personnalité, M. V. \_\_\_\_\_ a une haute idée de ses compétences, de fait il est intelligent mais d'une certaine manière peine à constater que des travaux même simples, lui sont difficiles à réaliser, en raison de ses trouble affectifs.

**6. Quelle est l'évolution de la capacité de travail (dates et taux) dans une activité adaptée?**

A mon avis, la capacité de travail est inchangée, soit à 50% dans une activité adaptée.

**7. Autres remarques ?**

Nihil ».

A la demande de l'OAI, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a exposé, par courrier du 17 juillet 2014, que son patient avait bénéficié d'une mesure de réadaptation AI établie sur la base d'une capacité de travail de 50% depuis l'automne 2013. Malgré l'échec de cette mesure lié à l'inadaptation de la mesure par rapport au trouble psychique dont souffre l'intéressé, sa santé psychique était restée stable depuis cette période (automne 2013). La psychiatre traitante a considéré que son inaptitude au travail était de 50%.

Par avis médical du 7 août 2014, le Dr X.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas péjoré et que la mesure de réadaptation avait été interrompue parce que l'assuré l'avait considérée comme inadaptée à ses besoins. Dans ses conditions, la diminution de la capacité de travail de 80 à 50% ne trouvait pas d'explication rationnelle.

Par décision du 24 février 2015 confirmant un projet de décision du 12 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré tendant à l'octroi de mesures de réadaptation ou de rente, en considérant ce qui suit :

« (...).

Votre profession d'horticulteur est largement contre-indiquée par les limitations fonctionnelles qui découlent de vos cervicalgies, et ce dès le 23 mars 2011, début du délai d'attente d'une année pour d'éventuelles rentes.

Sur le plan médical, une capacité de travail de 80% est exigible dans une activité adaptée : c'est pourquoi nous avons mandaté notre service Réadaptation, qui a mis en place des mesures avec versement d'indemnités journalières AI, du 14 juin 2011 au 26 août 2016 (orientation professionnelle – évaluation – formation sur logiciels et cours informatiques – réentraînement au travail – apprentissage de dessinateur-paysagiste).

Vous avez mis prématurément un terme à l'apprentissage en cours, mais cela n'est pas justifié médicalement. Nous vous avons par conséquent sommé en date du 28 mars 2013 de collaborer et avons finalement cautionné la prise en charge d'une mesure de réinsertion ou réentraînement progressif au travail/à l'endurance.

Vous avez interrompu cette mesure car vous l'estimiez inadaptée, et conformément à notre sommation précitée, nous statuons en l'état du

dossier. Au vu de la situation, notre intervention sous l'angle de la réinsertion est sans objet.

Sans problèmes de santé, vous auriez continué d'exercer votre activité d'horticulteur et en 2013 auriez pu prétendre à un salaire de CHF 53'796.00 selon la Convention collective de travail en vigueur dans cette branche.

Comme dessinateur-paysagiste, à 80%, vous auriez pu percevoir un salaire de l'ordre de CHF 38'400.00. La comparaison de ces deux montants met en évidence un préjudice de l'ordre de 29%.

Ce qui ne vous ouvre pas le droit à des prestations financières de notre assurance ».

**B.** Par acte du 27 mars 2015, V.\_\_\_\_\_, représenté par Me Caroline Ledermann, avocate à Procap à Bienne, recourt contre la décision rendue le 24 février 2015 par l'OAI. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision, à l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique avec volet somatique, au constat de son droit à des prestations et, s'il y a lieu, au renvoi du dossier à l'intimé pour mise en œuvre de mesures professionnelles, subsidiairement pour instruction complémentaire et nouvelles décisions au sens des considérants. Le recourant critique tout d'abord l'évaluation de sa capacité de travail, en ce sens qu'il n'est pas défendable de statuer sur la base d'une capacité de travail de 80% telle que retenue invariablement par le SMR. Compte tenu d'une incapacité de travail de 50% attestée par sa psychiatre traitante et de ses difficultés à trouver des mesures de réinsertion adaptées à l'affection psychique, il estime indispensable de mettre sur pied une expertise psychiatrique avec volet somatique avant de se prononcer sur le droit aux prestations litigieuses. A cet égard, le recourant constate que l'intimé a admis que l'interruption de la formation de dessinateur-paysagiste n'était pas à mettre sur le compte d'un quelconque manque de collaboration de sa part, mais de son trouble de la personnalité (fiche d'examen du dossier du 24 septembre 2013). S'agissant de la mesure de réinsertion professionnelle à 50% (réentraînement progressif), il rappelle que sa psychiatre traitante a indiqué le 17 juillet 2014 que l'échec de cette mesure était lié à son inadéquation par rapport au trouble psychique qu'il présente. Or, ce point n'a pas été admis par le SMR qui a estimé le 7 août 2014 que la mesure avait été interrompue « parce que l'assuré l'a

considérée comme inadaptée à ses besoins ». Si le SMR entendait se distancer des indications données par la Dresse N.\_\_\_\_\_, il aurait dû compléter l'instruction sur le plan psychiatrique. Le recourant critique enfin le revenu d'invalidé retenu par l'intimé qui a été déterminé sur la base de perspectives salariales pour une formation menée à terme, alors que le reclassement a été interrompu pour des motifs de santé. A cela s'ajoute qu'il a été calculé sur la base d'une exigibilité de 80%.

Par décision du 31 mars 2015, la juge alors en charge du dossier a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet dès le 27 mars 2015, dans la mesure de l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 11 mai 2015, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il relève que le recourant a mis un terme à l'apprentissage en cours, puis aux mesures d'entraînement progressif mises en place au vu de ses difficultés, et cela sans que l'on ait pu trouver une raison médicale à ce comportement.

Dans ses déterminations du 2 juin 2015, le recourant confirme intégralement les faits, moyens et conclusions du recours.

Dans son écriture du 22 juin 2015, l'intimé confirme les conclusions de sa réponse.

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

**1.** 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 (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la

décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.**           **a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 131 V 164 ; ATF 125 V 413 c. 2c ; ATF 110 V 48 c. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel de l'assurance-invalidité, singulièrement à un reclassement dans une nouvelle profession, et/ou à une rente, prestations qui lui ont été refusées par décision du 24 février 2015.

**3.**           L'invalidité se définit comme 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 (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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 ; auparavant art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**4. a)** Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. L'octroi d'une mesure de reclassement dans une autre profession suppose, entre autres conditions, que l'assuré présente en principe une invalidité permanente ou de longue durée d'un taux de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; TF 9C\_547/2009 du 30 octobre 2010 consid. 3, in : SVR 2010 IV n° 16 p. 50 et TFA I 18/05 du 8 juillet 2005 consid. 2, in : SVR 2006 IV n° 15 p. 53). Le droit à une rente d'invalidité est quant à lui subordonné à la condition que l'assuré soit invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c et al. 2 LAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. L'appréciation de l'équivalence doit reposer sur une comparaison entre les possibilités de

gain offertes par la profession initiale et celles que permet d'entrevoir la nouvelle profession ou une activité que la personne assurée doit raisonnablement pouvoir exercer sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPGA ; ATF 124 V 108 consid. 2a). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références).

**b)** Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Il faut donc s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a). Une mesure de reclassement ne saurait être interrompue de façon prématurée, aussi longtemps que le but de réadaptation visé peut, dans les limites de la proportionnalité, encore être atteint (TF 9C\_576/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.4 et la référence).

La personne assurée qui s'est vu allouer par l'assurance-invalidité une mesure de reclassement a droit, selon les circonstances, à des mesures supplémentaires de reclassement. Tel est le cas lorsque la

formation prise en charge n'est pas de nature à procurer à la personne assurée un revenu satisfaisant et qu'elle doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'elle obtenait dans son activité antérieure avant la survenance de l'invalidité. Dans ce contexte, le droit à ces mesures ne dépend pas du fait que le seuil minimal requis pour fonder le droit au reclassement soit atteint (TF 9C\_576/2010 précité consid. 3.4, TFA I 131/98 du 23 décembre 1998 consid. 3b in : Pratique VSI 2000 p. 29).

**c)** Il y a encore lieu de relever que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle (art. 15 LAI) ou au placement (art. 18 LAI), mesure qui comporte un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et/ou à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Dans le cadre de l'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, il s'agit de cerner la personnalité de l'assuré et de déterminer ses capacités afin de lui permettre de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. L'office AI peut ordonner des stages pratiques ou un examen plus étendu dans des centres spécialisés de formation professionnelle ou de réadaptation, sur le marché libre ou dans des centres d'observation professionnelle (COPAI) (cf. Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP], état au 1<sup>er</sup> janvier 2016, chiffres 2001 ss).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore

être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer

un caractère probant, laisse subsister des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

**b)** Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2).

En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce donné (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les

faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 201, 122 V 157 consid. 1d ; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in : SJ 1993 p. 560). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 no 22. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne

revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**6.**           **a)** En l'occurrence, le recourant est au bénéfice d'un CFC de paysagiste obtenu en 2008 et a travaillé dans cette activité durant deux mois en 2009 avant d'émerger à l'assurance-chômage, puis à l'aide sociale. Dans l'intervalle, il a été victime d'un accident de vélo pour lequel il n'a pas consulté de médecin. C'est à l'occasion d'un changement de médecin traitant et d'un nouvel accident de vélo en septembre 2010 qu'il est amené à consulter le Dr D.\_\_\_\_\_, lequel a conclu que l'activité de paysagiste n'est plus adaptée compte tenu des diagnostics retenus sur le plan somatique et des limitations fonctionnelles qui en découlent (rapport médical du 23 mars 2011). Le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé qu'une activité adaptée devrait exclure les postures en flexion du tronc et en porte à faux ainsi que le travail en extension de la nuque, et impliquerait une limite de port de charge à 10-15 kg. C'est dans ce contexte que le recourant a déposé, le 28 février 2011, une demande de prestations AI tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle et ce, à la suite d'une annonce de détection précoce. Afin notamment d'évaluer les aptitudes du recourant en vue d'une formation professionnelle, le recourant a bénéficié d'une orientation professionnelle auprès de la psychologue M.\_\_\_\_\_, laquelle a relevé les difficultés de l'assuré, notamment en mathématiques. L'intimé a, par communication du 25 octobre 2011, alloué au recourant un stage d'observation professionnelle en section Dessin en bâtiment auprès du Centre de formation I.\_\_\_\_\_ à [...] du 31 octobre 2011 au 5 février 2012. A l'issue de ce stage qui a mis en évidence la faiblesse des prérequis en mathématiques (rapport du 17 février 2012, point 8), le recourant a confirmé son intérêt pour la formation de dessinateur-paysagiste qui correspondait à sa motivation et à ses compétences (note de suivi de la REA du 1<sup>er</sup> février 2012). L'assuré ayant signé un contrat d'apprentissage en qualité de dessinateur-paysagiste auprès d'Y.\_\_\_\_\_ pour la période allant du 27 août 2012 au 26 août 2016, l'intimé lui a alloué une indemnité journalière durant cette période de reclassement (décision du 10 octobre 2012). Après avoir adressé une sommation le 28 mars 2013 à l'assuré, l'intimé a mis fin à la

mesure en date du 16 avril 2013, considérant, dans un rapport final du 11 avril 2013, que l'assuré n'était plus allé aux cours depuis le 14 février 2013 sans explications et que « de par son comportement, il n'avait plus donné de nouvelles à ce jour, ni au conseiller ni à l'employeur en dépit de nombreux rappels et après avoir discuté avec la mère de l'assuré ».

**b)** Au vu des éléments précités, il convient de constater que l'échec de la mesure de reclassement auprès d'Y. \_\_\_\_\_ a pour origine les difficultés rencontrées par le recourant en mathématiques, ce dont la REA avait eu connaissance par les rapports de la psychologue M. \_\_\_\_\_ et du Centre I. \_\_\_\_\_. Deux mois après le début de l'apprentissage, l'employeur indiquait à la REA que l'intéressé avait de la peine en mathématiques et qu'il se sentait humilié par ses difficultés face à des adolescents, raison pour laquelle il manquait les cours (notes de suivi de la REA des 30 octobre 2012 et 24 janvier 2013). La REA a préconisé le 13 février 2013 des cours d'appui, mais l'assuré n'a plus suivi les cours depuis cette date, ce qui a entraîné l'interruption de la mesure en avril 2013.

Au-delà de la problématique susmentionnée, le recourant présente des atteintes tant sur le plan physique que sur le plan psychique. Si sur le plan physique, le recourant ne conteste pas l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_, à savoir la reconnaissance d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles déjà décrites, appréciation confirmée par le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR (rapport du 27 septembre 2011), tel n'est pas le cas sur le plan psychiatrique. On relèvera tout d'abord qu'avant la mise en œuvre des mesures de réadaptation professionnelle, ni l'intimé, ni le SMR n'ont procédé à l'évaluation de l'état de santé psychique de l'assuré et de son éventuel impact sur sa capacité de travail. Or, dans un rapport médical du 31 janvier 2011 à l'OAI, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, retenait la présence, chez le recourant, d'un trouble dépressif récurrent depuis 10 ans, épisode actuel sévère et un pronostic médiocre à long terme sur le plan psychique. Il faisait état des éléments suivants : une tristesse, l'apparence d'être épuisé et désespéré, la douleur, les troubles du

sommeil et de l'appétit, des sentiments de honte et de culpabilité et des idées noires voire suicidaires, signes accompagnés d'une démotivation importante ainsi que d'une inertie et d'un ralentissement psychique prononcés (rapport médical indexé le 20 juin 2011). Dans son rapport du 27 septembre 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_ du SMR n'a cependant retenu aucune pathologie psychique considérant que l'assuré n'avait plus de traitement à visée psychique depuis mars 2011. C'est finalement après avoir pris connaissance du rapport médical du 30 juillet 2013 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, que l'intimé a conclu que la non-collaboration du recourant était en lien avec son trouble de la personnalité (fiche d'examen du 24 septembre 2013). A cet égard, il convient de rappeler que la Dresse N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, de trouble de la personnalité schizoïde présent depuis la fin de l'adolescence, de traits paranoïaques et de limitation fonctionnelle avec atteinte ostéo-articulaire des vertèbres cervicales. Elle a toutefois mentionné que les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation périodique, n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de son patient. Si la Dresse N.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale du 28 mars au 30 avril 2013, puis de 20% en mai 2013, elle ne s'est pas réellement prononcée sur la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> juin 2013, se limitant à indiquer qu'elle se situait probablement entre 50 et 80%. Le recourant, ayant manifesté de l'intérêt pour une activité dans les salles de concert, a débuté un entraînement progressif auprès de Z.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 2 mai 2014 à un taux de présence de 50% (fiche d'examen du 24 septembre 2013), malgré l'avis médical du Dr X.\_\_\_\_\_ du SMR du 30 août 2013, lequel concluait à une incapacité de travail de 20% dès le 1<sup>er</sup> mai 2013. Le 13 mars 2014, l'OAI a informé la caisse cantonale de compensation AVS que la mesure d'entraînement progressif avait définitivement été interrompue le 31 janvier 2014 et qu'il y avait lieu de ne plus verser d'indemnités journalières au-delà de cette date. Sur ce point, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'échec de cette mesure était lié à l'inadaptation par rapport au trouble psychique dont souffre son patient,

sa santé psychique étant au demeurant restée stable depuis l'automne 2013 (courrier du 17 juillet 2014 à l'OAI). Elle a ainsi exposé que le recourant était très mal à l'aise dans les relations interpersonnelles, qu'il était vite persécuté par les exigences de l'environnement, ce qui générait des angoisses importantes et des blocages relationnels. Sa problématique schizoïde le conduisait à s'isoler progressivement pour éviter un contact avec l'environnement, toujours à risque d'être blessant et de lui renvoyer ses incapacités. Une dimension narcissique protégeait en outre son patient sur le plan de la personnalité. Il avait une haute idée de ses compétences, de fait il était intelligent mais d'une certaine manière peinait à constater que des travaux même simples, lui étaient difficiles à réaliser, en raison de ses troubles affectifs (rapport du 12 juin 2014). Par avis médicaux des 3 avril et 7 août 2014, le Dr X. \_\_\_\_\_ du SMR a conclu qu'il n'y avait pas d'événement justifiant une baisse de la capacité de travail de 80 à 50%, soit entre le rapport du 30 juillet 2013 de la Dresse N. \_\_\_\_\_ et la note d'entretien de février 2014 et que la mesure de réadaptation avait été interrompue parce que l'assuré l'avait considérée comme inadaptée à ses besoins. Se fondant sur l'appréciation du SMR, l'intimé a rejeté la demande de mesures de réadaptation professionnelle et de rente.

**c)** Au vu des contradictions en cause (origine de l'échec de la mesure auprès de Z. \_\_\_\_\_, évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée) et des lacunes d'instruction (notamment la détermination des limitations fonctionnelles sur le plan psychique), il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état. En d'autres termes, l'état de santé du recourant dans sa globalité, et les conséquences de son état de santé sur ses capacités de travail et de gain n'ont pas pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI — auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA —, cette solution apparaissant comme la plus opportune, dans la mesure où l'intimé n'a entrepris aucune véritable mesure d'instruction, hormis de demander des avis médicaux aux médecins traitants et de très brefs avis

sur dossier au SMR. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par l'expert étant réservée.

**d)** Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments avancés par le recourant, notamment la question du montant du revenu d'invalidé.

**7. a)** Vu ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

**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 (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. TVA comprise, au regard de l'importance et des difficultés de la cause, et de mettre à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 24 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V. \_\_\_\_\_ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap (pour V. \_\_\_\_\_), à Bienne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :