

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Claudio Venturelli, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 43 LPGA.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1984, a entamé un cursus dans l'informatique en 2001, qu'il a ultérieurement abandonné pour des raisons financières. Il a ensuite entrepris un apprentissage de maçon de juin 2006 à juin 2009, mais ne s'est pas présenté aux examens de fin de formation.

Atteint de problèmes lombaires dès 2007, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 28 janvier 2010 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Les rapports médicaux recueillis par l'OAI ont mis en évidence des lombalgies sur discopathies L4-L5 et L5-S1, lesquelles étaient incompatibles avec l'exercice d'une activité lucrative de maçon à partir de juin 2009 (cf. rapports de la Dre C. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du 17 février 2010, du Dr D. _____, médecin généraliste, du 10 octobre 2010 et du Dr F. _____, médecin généraliste, du 8 février 2011).

L'OAI a retenu l'exigibilité de l'exercice à plein temps d'une activité adaptée (sans port de charges supérieures à 10 kg, sans positions statiques immobiles prolongées ou en porte-à-faux du tronc répétées ; cf. avis du Service médical régional de l'AI [SMR] du 26 octobre 2010) et a pris en charge des mesures professionnelles. L'assuré a bénéficié d'une observation professionnelle dès le 4 avril 2011, suivie d'une formation professionnelle initiale dès le 1^{er} novembre 2011 au sein du Centre I. _____ en vue d'obtenir une certification d'informaticien, respectivement de planificateur en électricité. Cette formation a été interrompue avec effet au 15 mars 2013 compte tenu des nombreux manquements de l'assuré à ses obligations.

Après avoir déterminé un degré d'invalidité de 22 %, l'OAI a rendu une décision de « refus de rente et de reclassement professionnel » le 26 avril 2013, laquelle est entrée en force.

B. En date du 23 mai 2017, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé un rapport à l'OAI, faisant état de la prise en charge de l'assuré à compter du 21 mars 2017. Ce dernier présentait, à son avis, les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, de trouble somatoforme, de dyslexie probable et d'hyperactivité probable. L'assuré avait bénéficié d'un suivi psychologique auprès d'un psychologue durant une année. Le pronostic était favorable en dépit de douleurs au dos, de difficultés à mener un projet à bout, d'une humeur dépressive et d'une irritabilité. Une réadaptation à temps partiel était envisageable.

L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI au moyen du formulaire ad hoc, daté du 10 juillet 2017, réceptionné par l'administration le 31 août 2017. Il a mentionné, en sus de ses problèmes lombaires, une dépression et des difficultés de concentration. Était également produit un certificat établi le 10 juillet 2017 par le Dr K._____, médecin cadre du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier J._____, lequel attestait d'une incapacité totale de travail du 2 avril au 23 juillet 2017 avec reprise partielle à réévaluer dès cette dernière date.

Le Dr F._____ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 8 novembre 2017, indiquant que son patient souffrait d'une maladie de Scheuermann et de discopathies protrusives lombaires depuis 2007, ainsi que d'un status post luxation du coude gauche compliquée d'une lésion de l'artère humérale ayant nécessité un pontage en avril 2017. La capacité de travail dans l'activité de maçon était nulle depuis juin 2009 et entière dans une activité adaptée depuis janvier 2011.

Le 13 décembre 2017, le Dr K._____ a indiqué à l'OAI que l'assuré avait subi une luxation complexe du coude gauche avec lésion de

l'artère humérale le 2 avril 2017 par suite d'un accident (chute dont le mécanisme était peu clair) et fait l'objet d'un pontage huméro-huméral et une stabilisation du coude. Le pronostic était favorable en dépit d'un risque de raideur articulaire résiduelle. La physiothérapie se poursuivait. Une reprise de l'activité lucrative à 50 % avait été prononcée dès le 24 juillet 2017. L'assuré ne s'était pas présenté à une consultation planifiée le 24 novembre 2017.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé, le 21 septembre 2018, que la prise en compte d'une atteinte à la santé incapacitante sur le plan psychiatrique ne se justifiait pas en présence d'une description clinique « parfaitement rassurante ». L'atteinte somatique au coude légitimait une incapacité de travail transitoire jusqu'en décembre 2017 et une limitation fonctionnelle supplémentaire (mouvements de flexion-extension forcée du coude gauche). Au surplus, la capacité de travail dans une activité adaptée était demeurée entière depuis janvier 2011.

L'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 7,9 % par comparaison des revenus opérée le 25 janvier 2019 et établi un projet de décision de refus de rente et de mesures professionnelles le 30 janvier 2019. Une communication du même jour accordait à l'assuré une mesure d'aide au placement.

Assisté de Me Claudio Venturelli, l'assuré a formellement contesté le projet de décision précité par écriture du 3 juin 2019. Il s'est en premier lieu étonné du fait que des mesures de réadaptation ne lui soient pas accordées dans la même mesure que lors de sa première demande de prestations. En second lieu, il a reproché à l'OAI d'avoir insuffisamment investigué le volet psychiatrique de son état de santé et s'est proposé de produire un nouveau rapport du Dr G._____.

Par décision du 6 juin 2019, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles et à une rente au vu du taux d'invalidité de 7,9 %.

C. B._____, représenté par Me Venturelli, a déféré la décision du 6 juin 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 13 août 2019. Il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire de son état de santé psychique. Il a fait grief à l'OAI d'avoir violé son droit d'être entendu en ne lui laissant pas l'opportunité de déposer de nouvelles pièces médicales au stade de la procédure administrative. Le volet médical de son dossier, singulièrement sur le plan psychiatrique, était à son avis insuffisamment instruit. Il s'est prévalu de nouveaux rapports médicaux du Dr F._____ des 2 mai et 18 juillet 2019, lequel mettait notamment en exergue un trouble dépressif auprès d'une personnalité atypique dans le contexte d'une surefficience mentale. Une évaluation neuropsychologique était envisagée par le biais du Dr G._____. L'assuré requérait de pouvoir compléter ses écritures et produire de nouveaux éléments.

L'OAI a répondu au recours le 17 octobre 2019, concluant à son rejet en l'état du dossier. Il ne s'opposait au surplus pas à la production de pièces médicales subséquentes.

Le 16 décembre 2019, l'assuré a répliqué et maintenu ses conclusions. Il a adressé à la Cour de céans un rapport d'évaluation neuropsychologique rédigé le 24 octobre 2019 par L._____, psychologue, spécialiste en neuropsychologie, ainsi que des rapports des Drs F._____ du 8 novembre 2019 et G._____ du 6 décembre 2019. Ces médecins mentionnaient notamment les diagnostics de trouble dépressif récurrent, trouble de la personnalité émotionnellement labile, trouble de l'adaptation et déficit de l'attention. L'incapacité de travail était considérée comme totale par le psychiatre traitant depuis juin 2009, alors que le Dr F._____ estimait que son patient était doté d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Par duplique du 13 février 2020, l'OAI a confirmé ses conclusions et s'est référé à une nouvelle analyse du cas, effectuée par le SMR le 28 janvier 2020. Celui-ci estimait qu'une atteinte psychique avérée de longue date n'avait pas été démontrée. La capacité de travail de

l'assuré apparaissait donc préservée. Toutefois, une instruction complémentaire était envisageable « concernant la potentielle composante du déficit de l'attention » avancé lors de l'évaluation neuropsychologique.

L'assuré s'est déterminé le 19 mars 2020 et a réitéré ses conclusions en vue de la reprise de l'instruction du volet médical de son dossier.

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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). 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). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait

globalement aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité des suites de sa seconde demande en ce sens, datée du 10 juillet 2017 et parvenue à l'intimé le 31 août 2017.

3. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

c) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable

sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a

d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. En l'espèce, l'évaluation de l'état de santé somatique du recourant n'est pas litigieuse. Il a été admis que le recourant présente des discopathies L4-L5 et L5-S1, survenues en 2007, de nature à expliquer ses douleurs lombaires. Celles-ci entravent l'exercice de l'activité de maçon, tout en autorisant une activité adaptée sans port de charges lourdes, ni positions statiques prolongées ou en porte-à-faux du tronc prolongées à 100 % (cf. notamment : rapport du Dr F. _____ du 8 novembre 2017 et avis du SMR du 21 septembre 2018).

Il est par ailleurs établi que le recourant a souffert d'une luxation complète du coude gauche avec lésion de l'artère humérale en avril 2017. Ainsi qu'il ressort du rapport du Dr K. _____ du 13 décembre

2017, hormis un risque de raideur résiduelle du coude, le pronostic à cet égard demeure bon. Cette problématique justifie ainsi le respect d'une restriction supplémentaire en lien avec les mouvements de flexion-extension forcée du coude, sans toutefois empêcher l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps (cf. rapport du Dr F._____ du 8 novembre 2019 et avis du SMR du 21 septembre 2018).

Le recourant ne soulève aucun grief eu égard à l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle sous l'angle purement somatique. On peut dès lors retenir, à l'instar de l'intimé, que le recourant est susceptible de déployer une activité lucrative adaptée à plein temps de ce point de vue.

7. En revanche, sur le plan psychique, on ne dispose que d'une image imprécise, voire incohérente, du cas du recourant, tant d'un point de vue diagnostique que s'agissant de l'appréciation de sa capacité de travail.

a) En l'état, deux évaluations spécialisées ont été rédigées par le Dr G._____ en sa qualité de psychiatre traitant du recourant. Aux termes de son rapport du 23 mai 2017, ce spécialiste a évoqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, un trouble somatoforme, une dyslexie probable et une hyperactivité probable. Il a fait part de son constat médical en ces termes :

« Monsieur B._____ est un homme de 32 ans paraissant légèrement plus jeune que son âge, notamment en raison de son style vestimentaire décontracté. L'hygiène est impeccable et le patient maîtrise parfaitement la langue française. Il reste cohérent dans la forme et le contenu du discours et s'exprime volontiers. Il lui est arrivé à plusieurs reprises d'arriver en retard à l'entretien. Il se montre très irrité par certaines personnes auxquelles il a eu affaire (personnel médical, personnel impliqué dans les différents services d'aides sociales etc.), tout en soulignant la compétence d'autres personnes. Il fait part du manque de respect que d'autres personnes ont à son égard et se sent parfois victime de leur incompétence (d'après ses termes). Monsieur B._____ a des amis et prend goût à diverses activités, notamment en lien avec le domaine informatique.

Le pronostic est favorable. Le patient est demandeur et motivé à reprendre une formation et activité professionnelle. »

Le Dr G._____ a par ailleurs préconisé une réadaptation à temps partiel, sans préciser le taux d'activité exigible.

Au stade de la présente procédure, sur questions du mandataire du recourant, le Dr G._____ a retenu le 6 décembre 2019 un trouble de la personnalité émotionnellement labile, un trouble de l'adaptation suite à un accident, un déficit de l'attention et un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel moyen. Il a estimé qu'aucune activité n'était « adaptée actuellement, ceci depuis juin 2009 à 100 %, suite à des difficultés dans la gestion des émotions et de grandes difficultés relationnelles ». Il a précisé ce qui suit :

« Le patient souffre d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, avec toute la symptomatologie comme la difficulté de la gestion des émotions ainsi que des difficultés dans la relation interpersonnelle d'où les échecs à répétition dans sa formation professionnelle ».

Ces deux documents, certes rédigés à deux ans d'intervalle, ne fournissent aucun détail permettant de comprendre les motifs qui ont conduit le spécialiste à des évaluations aussi différentes de la capacité de travail et de l'état de santé de son patient. On ne comprend pas sur la base de quelles observations les diagnostics ont été posés, le Dr G._____ n'ayant pas fait état de constats cliniques congruents. On remarque notamment que le premier rapport du 23 mai 2017 dépeint un tableau clinique encourageant. Le recourant apparaît doté de ressources et motivé à l'exercice d'une activité, au demeurant dans une mesure difficilement compatible avec le diagnostic d'un épisode dépressif sévère. Quant au rapport du 6 décembre 2019, le Dr G._____ ne relate aucun élément qui permettrait de légitimer les diagnostics avancés et se prononce au surplus sur la capacité de travail du recourant durant une période où il n'était pas en charge de ce dernier. Dès lors, les rapports du Dr G._____ apparaissent insuffisants pour se déterminer sur le cas d'espèce. Bien plus, on peut considérer que ces pièces sont dénuées de toute valeur probante, faute de toute précision sur le contexte médical et

au vu de conclusions peu convaincantes, voire partiellement contradictoires.

b) On ne saurait non plus se forger une opinion claire sur la base des observations ressortant du rapport d'évaluation de la psychologue L. _____ du 24 octobre 2019. Cette dernière a en effet rapporté ce qui suit :

« [...] Cet examen neuropsychologique montre :

- Un **fonctionnement intellectuel** moyen montrant un profil avec des compétences verbales moyennes fortes à supérieures, des compétences perceptives moyennes à moyennes fortes et des compétences en vitesse de traitement et en mémoire de travail limitées à moyennes.
- Une **dysfonction exécutive modérée** se manifestant principalement, sur le plan comportemental (précipitation, impulsivité, désinhibition, manque de contrôle des réponses émotionnelles et comportementales, hyperactivité motrice, faible flexibilité mentale, endurance variable) et également, sur le plan cognitif (difficultés d'inhibition et faible planification).
- De **légères difficultés d'attention divisée et sélective** (temps de réaction légèrement ralentis pour l'un des stimuli / omissions de cibles / erreurs dans plusieurs épreuves).
- **Au niveau du langage écrit**, une production écrite légèrement ralentie.

Les autres domaines cognitifs évalués sont préservés : langage (expression et compréhension orale, lecture à haute voix) / mémoire immédiate verbale / mémoire antérograde visuelle (capacités d'encodage, de stockage (reconnaissance) et de récupération) / au niveau des fonctions exécutives, incitation et flexibilité / au niveau des capacités attentionnelles, attention soutenue. Les capacités de mémoire de travail sont fluctuantes selon les tâches. La vitesse de traitement est globalement faible. Les résultats à l'épreuve de mémoire antérograde verbale ne sont pas interprétables en raison d'une participation insuffisante.

Pour mieux comprendre la situation actuelle du patient et préciser des diagnostics, il serait précieux de pouvoir disposer d'une documentation sur son parcours, de rapports antérieurs (ex : logopédiques, psychologiques et d'observation dans le cadre des formations, carnets scolaires) et récents ainsi que d'informations hétéroanamnestiques.

Les éléments anamnestiques recueillis auprès du patient et le tableau cognitif parlent en faveur d'un déficit de l'attention (TDAH) avec des manifestations semblant remplir les critères diagnostiques d'une forme combinée selon le DSM-5 (314.01 / F90.2).

Le patient évoquant une dysorthographe-dyslexie, nous avons réalisé une évaluation sommaire du langage écrit montrant une production écrite qualitativement satisfaisante mais légèrement ralentie chez ce patient signalant écrire rarement et une lecture à haute voix rapide et à risque de générer des erreurs en raison d'une certaine précipitation. La compréhension écrite n'a pas été testée. Ce profil peut suggérer de discrètes séquelles d'une dyslexie-

dysorthographe qui serait à confirmer par une évaluation plus détaillée, une fois le TDAH mieux stabilisé, et en documentant le parcours avec les rapports logopédiques antérieurs.

Concernant le fonctionnement intellectuel (QI), il ne correspond pas à un profil de type HPI et rejoint le profil décrit chez les personnes présentant un TDAH avec des indices de vitesse de traitement et de mémoire de travail plus faibles.

Les difficultés comportementales sont au 1^{er} plan et semblent dépasser le seul cadre d'un TDAH. Il serait pertinent de préciser les aspects de personnalité et leurs participations dans la problématique [...].

En prenant en compte la dimension cognitive et surtout la sphère comportementale, affective et de personnalité, l'atteinte correspond à un trouble neuropsychologique léger à moyen selon les critères établis par l'Association Suisse des Neuropsychologues (ASNP, 2015). [...] »

On ne voit pas sur la base de ce document que la capacité de travail du recourant soit légitimement restreinte, les problèmes neuropsychologiques ne semblant pas en l'état un degré de gravité important. Cela étant, la psychologue L._____ ne se détermine pas sur dite capacité et envisage bien plutôt des compléments d'investigation eu égard à la sphère comportementale et affective, ainsi qu'à l'issue d'éventuels traitements. Il semble dès lors prématuré de statuer sur le cas particulier en l'état du dossier de l'intimé.

c) Enfin, on relèvera que les rapports du Dr F._____ des 18 juillet et 8 novembre 2019, qui reprend pour l'essentiel sans autre détail les éléments avancés par le Dr G._____, sont insuffisamment motivés pour être suivis.

8. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). 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).

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 œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) 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 (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

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'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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) Etant donné les lacunes du dossier médical du recourant sur le plan psychique, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction avant nouvelle décision.

Après actualisation des rapports des médecins traitants, il incombera à l'intimé de mettre en œuvre un examen clinique psychiatrique ou une expertise psychiatrique du recourant. Cette mesure devra permettre de fixer les diagnostics dont est affecté le recourant, leurs éventuelles répercussions sur sa capacité de travail et être réalisée conformément aux exigences posées par la récente jurisprudence relative

à l'évaluation des troubles psychiques (cf. ATF 143 V 418 ; 141 V 281). Ce n'est qu'ensuite que le degré d'invalidité et le droit du recourant à des mesures professionnelles pourra être tranché.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'500 fr. et portés à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 6 juin 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants.

- 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 au recourant une indemnité 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Claudio Venturelli, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :