

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 novembre 2021

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Dextra Assurance Protection
Juridique SA, à Zurich,

et

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

Art. 4, 8 et 15 LAI.

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en mars 1999, a adressé le 19 mai 2017 une demande de prestations d'assurance auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a indiqué souffrir de dépression chronique et être suivi par le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport du 18 septembre 2018, le Dr D._____ a posé les diagnostics de trouble bipolaire de type 2 (F31.8) depuis 2014 et de suspicion d'entrée en schizophrénie déficitaire. L'assuré avait été vu en urgence, à la demande de sa mère, à l'automne 2014 pour un état dépressif grave, sans élément psychotique, et risque élevé de passage à l'acte suicidaire. Il souffrait alors d'une fatigue extrême, avec de fortes angoisses, ruminations anxieuses, graves troubles du sommeil et baisse de la concentration. La même année, il avait également commencé à consommer du cannabis, plusieurs fois par jours, consommation qui continuait jusqu'à présent malgré le traitement reçu. L'assuré avait pu sortir de sa dépression et finir l'école à l'été 2015. Il avait alors voulu faire le gymnase et avait finalement débuté plusieurs stages pour un apprentissage mais les avait abandonnés en cours par manque d'intérêt. Il avait souffert d'un deuxième épisode dépressif d'intensité moyenne vers la fin de l'année 2016, à la suite de l'arrêt d'un antidépresseur, et présenté une clinique d'allure hypomaniaque de juillet à décembre 2016 et durant l'été 2017. L'assuré n'avait jamais travaillé, mais l'isolement social et la baisse de ses fonctions cognitives (concentration et mémoire) constituaient des restrictions qui l'empêchaient de travailler ou de faire une formation.

Malgré trois convocations et un avertissement, l'OAI n'est pas parvenu à obtenir de l'assuré qu'il se présente à un entretien initial de réadaptation. Après une procédure de sommation, il a pu établir un contact téléphonique avec l'intéressé, le 29 janvier 2019, et organiser une rencontre au Centre social régional [...] en date du 6 mars 2019. Lors de cet entretien, l'assuré a expliqué avoir des hauts et des bas, souffrir de

troubles du sommeil, ne pas avoir un rythme jour/nuit normal et peiner à être concentré. Il sortait peu de chez lui, presque exclusivement pour les rendez-vous médicaux qu'il oubliait souvent. Il essayait de mettre des rappels dans son téléphone ou des post-it. Il a alors été convenu que l'assuré se présente pour une visite du centre Afiro en vue de mettre en place une mesure de réadaptation. L'assuré ne s'est toutefois pas présenté à la visite du centre prévue le 3 avril 2019.

Dans un rapport du 17 août 2019, le Dr D._____ a posé le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1), au motif que les éléments psychotiques persistaient en dehors des périodes où l'humeur était dépressive. Depuis son dernier rapport, l'évolution clinique et globale du patient s'était dégradée ; le repli social et affectif perdurait, avec des idées délirantes de plus en plus fortes d'allure paranoïaque de persécution et avec des grandes angoisses (peur de la mort). Le Dr D._____ a attesté une incapacité totale de travail dans toutes activités, précisant que l'assuré ne disposait pas de capacité de travail ou d'apprentissage permettant la mise en place de mesures de formation. Il a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : idées de persécution, anxiété permanente, difficultés dans les rapports sociaux, faible tolérance à la critique et au stress, difficultés d'adaptation.

L'OAI a sollicité l'avis du Dr S._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Se prononçant le 1^{er} octobre 2019, le Dr S._____ a considéré que la situation pourrait être attribuable à un déconditionnement psychique en lien avec un contexte psycho-social difficile, un repli dans la consommation de toxique et une mauvaise compliance aux traitements. Il a proposé qu'une évaluation spécialisée soit réalisée.

L'OAI a ainsi confié la mise en œuvre d'une expertise au Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après avoir examiné l'assuré à deux reprises, les 5 mars et 30 avril 2020, l'expert a rendu son rapport le 1^{er} mai 2020. Ne retenant aucun diagnostic incapacitant, l'expert a posé les diagnostics sans répercussion sur la

capacité de travail de troubles dépressifs récurrents légers depuis juin 2016 au présent (F33.0), de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé (F61), de dépendance primaire au cannabis utilisation continue depuis le début de l'âge adulte (F12.25) et de trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance (F90). Ces atteintes n'entraînaient pas de limitation fonctionnelle significative objectivable. L'expert a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail pleine et entière dans toutes activités, sans baisse de rendement, depuis le mois de juin 2016.

Dans un avis du 12 mai 2020, le Dr S. _____ a considéré que l'expertise se fondait sur un examen complet, prenait en compte les plaintes de la personne examinée, avait été établie en pleine connaissance du contexte médical, avec des conclusions dûment motivées. Il n'avait donc pas d'élément permettant de s'en écarter.

Dans un projet de décision du 18 mai 2020, l'OAI a refusé de prester. Il a retenu que l'instruction médicale avait mis en évidence que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Les atteintes qu'il présentait ne justifiaient pas une incapacité de travail durable ouvrant le droit à des prestations financières de l'assurance, ni de limitations fonctionnelles. L'OAI avait également proposé une mesure d'orientation/d'observation, qui n'avait pas pu être mise en place car l'assuré ne s'était pas présenté pour la visite, malgré une sommation.

Le 11 juin 2020, l'assuré a fait part de ses objections. Il a indiqué être conscient d'avoir manqué différents entretiens par le passé, non pas en raison d'un manque de volonté mais plutôt au vu de sa situation personnelle et médicale instable. Sa situation était désormais plus stable depuis qu'il avait quitté le domicile familial. Son suivi psychiatrique lui permettait d'avancer et de se consacrer à son insertion professionnelle. Il s'était également rendu compte, après discussion avec son psychiatre et l'expert, qu'il avait besoin de l'aide de l'OAI pour entrer en formation et sur le marché du travail. Il souhaitait pouvoir entreprendre

des démarches d'insertion pour avoir dans le futur une situation durable et stable. Il s'engageait à collaborer avec l'OAI pour cela. Il a enfin précisé qu'il souhaitait avoir une deuxième chance et obtenir une nouvelle évaluation de son dossier.

Le 29 juillet 2020, le Dr D. _____ a adressé un courriel à l'OAI dans lequel il contestait le projet de décision du 18 mai 2020. Il a d'abord regretté ne pas avoir reçu une copie du rapport d'expertise du Dr G. _____, comme l'avait réclamé l'assuré. Selon le Dr D. _____, l'expert, qui n'avait rien trouvé de psychotique chez l'intéressé, n'avait pas pris en compte sa souffrance et ses difficultés relationnelles. Le Dr D. _____ a ainsi réitéré son diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1). L'évolution clinique et globale du patient continuait à se dégrader et le repli social et affectif perdurait, avec des idées délirantes de plus en plus fortes d'allure paranoïaque de persécution et avec des grandes angoisses (peur de la mort). Il a ajouté que depuis une longue période (d'au moins une année) jusqu'à aujourd'hui, le patient présentait un syndrome dissociatif avec une diffluence de discours, un possible flou de la pensée, un possible langage pauvre, une dissociation des fonctions affectives avec perte de l'élan vital, un retrait, un émoussement affectif vis-à-vis des personnes, et des activités avec une ambivalence affective. La dissociation s'était installée de façon progressive aussi au niveau de l'activité et du comportement, persistante au moins depuis une année, doublée par une fuite des contacts. Cette entrée progressive en schizophrénie déficitaire avait été prise comme une dépression auparavant, mais il demeurait une rupture avec le fonctionnement antérieur au niveau social et émotionnel du patient. Il existait une régression progressive avec « isolation » par rapport aux études, à sa famille et aux relations sociales. Cette détérioration de son fonctionnement était stable dans le temps et en dehors d'une dépression ou de consommation de substances toxiques. L'assuré présentait une incapacité de travail ou d'apprentissage de 100 % dans toutes activités. Le Dr D. _____ a encore fait état des limitations fonctionnelles suivantes : idées de persécution, anxiété permanente, difficulté dans les rapports sociaux, faible tolérance à la critique et au stress, difficulté d'adaptation.

Dans une appréciation du 13 août 2020, le Dr S._____ a relevé que l'appréciation du Dr D._____ ne mettait pas en évidence des éléments médicaux susceptibles de mettre en doute de façon étayée les conclusions de l'examen réalisé par l'expert psychiatre, ce d'autant que le psychiatre traitant ne prenait pas en compte le rapport d'expertise.

Par décision du 10 septembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Dans un courrier explicatif du même jour, l'OAI a expliqué que, selon une jurisprudence constante, l'avis des médecins-experts devait être préféré à celui du médecin traitant, en raison des liens particuliers qui unissaient celui-ci à ses patients. En l'état, le SMR avait relevé que l'appréciation du Dr D._____ du 29 juillet 2020 n'apportait aucun élément nouveau, susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expert psychiatre. L'OAI se voyait contraint de maintenir les termes de son projet de décision du 18 mai 2020.

B. Par acte du 12 octobre 2020, Y._____, désormais représenté par Dextra Assurance Protection Juridique SA, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision qui précède, concluant à son annulation (recte : réforme) et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Le recourant a contesté la capacité de travail retenue par l'intimé, se fondant sur le rapport établi le 29 juillet 2020 par le Dr D._____.

Par réponse du 7 décembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a renvoyé à l'appréciation du Dr S._____ du 13 août 2020 ainsi qu'au courrier du 10 septembre 2020 joint à la décision entreprise.

Répliquant le 7 janvier 2021, le recourant a complété ses conclusions par une conclusion subsidiaire tendant à l'octroi de mesures professionnelles. Le Dr G._____ avait en effet conclu que l'assuré aurait une capacité de travail à 100 % pour autant qu'il y ait un soutien pour une réadaptation professionnelle, précisant que la capacité de travail pourrait être nulle en cas d'évolution négative vers un épisode dépressif sévère,

probable en cas d'absence de soutien pour une réadaptation professionnelle. Ainsi, dès lors qu'il souffrait de troubles psychiques depuis de nombreuses années et n'avait jamais travaillé, il était manifestement empêché de travailler et de trouver une profession adaptée à sa maladie. L'expert avait de surcroît indiqué que la capacité de travail était conditionnelle à un soutien pour une réadaptation professionnelle. Le fait de ne pas s'être présenté à un entretien, plus d'une année avant que l'expertise ne soit établie, ne suffisait pas à écarter la mise en place de telles mesures.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, à savoir à une rente et à des mesures professionnelles.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le

marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit aux prestations de l'assurance-invalidité en cas de syndrome de dépendance (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption que les toxicomanies primaires en tant que telles ne justifiaient en principe pas la reconnaissance d'une invalidité au sens de la loi (consid. 5.3.3) et étendu l'application de la jurisprudence relative aux troubles psychiques (ATF 143 V 418) aux cas de syndromes de dépendance. Il s'agit dorénavant de déterminer au moyen d'une procédure structurée d'administration des preuves (ATF 141 V 281) si, et le cas échéant jusqu'à quel point, un syndrome de dépendance diagnostiqué par des spécialistes influence dans le cas examiné la capacité de travail de la personne concernée (ATF 145 V 215 consid.

5.3.2). Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des toxicomanies doit être établi dans le cadre d'un examen global en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 145 V 215 consid. 4.1 et les références citées ; 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

c) 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 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. En l'espèce, l'intimé a refusé au recourant le droit à une rente, en se fondant sur les conclusions de l'expertise du 1^{er} mai 2020. Dans son rapport, le Dr G._____ a retenu que l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique invalidante, mais présentait des troubles dépressifs récurrents légers depuis juin 2016 au présent (F33.0), un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé (F61), une dépendance primaire au cannabis utilisation continue, depuis le début de l'âge adulte (F12.25) et un trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance (F90), sans répercussion sur la capacité de travail. Il a constaté que la capacité de travail était entière, dans toutes activités.

Le recourant conteste pour sa part la valeur probante de cette expertise, en se référant aux constatations de son psychiatre traitant, le Dr D._____.

L'expert a examiné avec soin le dossier de l'assuré. Il a ensuite exposé les plaintes de celui-ci, spontanées et sur demande. Il a par ailleurs établi une anamnèse personnelle, familiale et sociale détaillée. Il a ainsi relevé des incohérences importantes entre les diagnostics de trouble bipolaire et schizophrénie avec une capacité de travail nulle selon le psychiatre traitant et la journée type de l'assuré. L'expert a relevé que l'intéressé gère son quotidien sans limitations en dehors des abus de cannabis plus importants, fait le ménage de sa chambre, fait parfois la cuisine simple, se promène, surfe sur internet, écoute de la musique, a pu rencontrer une copine avec qui il entretient une bonne relation depuis plus de six mois. L'assuré dispose donc de ressources qui lui permettent de faire face à son quotidien. L'expert a de surcroît écarté le diagnostic de trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1), posé par le psychiatre

traitant, au motif que l'expertisé n'exprime aucune idée délirante, ni hallucination, ni émoussement affectif selon l'anamnèse. L'assuré a en outre obtenu un score de 55 à l'échelle PANSS qui évalue la gravité des symptômes psychotiques, ce qui correspond à un « état psychotique absent/à la limite de la norme ». L'expert a encore retenu que l'absence d'hospitalisation en psychiatrie, l'absence d'un suivi psychiatrique hebdomadaire, mais seulement mensuel, l'absence d'un traitement psychotrope, plaide également contre l'existence d'un trouble significatif et contre des limitations fonctionnelles significatives. Ce faisant, il a posé le diagnostic de troubles dépressifs récurrents légers depuis juin 2016 au présent, sans indices de gravité (F33.0), de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé (F61), de dépendance primaire au cannabis utilisation continue, depuis le début de l'âge adulte (F12.25) et de trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance (F90). Il a ainsi posé les diagnostics dans les règles de l'art, en se référant à la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10). Se référant aux indicateurs fixés par la jurisprudence (cf. consid. 3b ci-dessus), il a formulé des conclusions claires et motivées, fondées sur un examen complet du dossier.

Le rapport d'expertise établi le 1^{er} mai 2020 par le Dr G._____ peut dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante.

L'appréciation du Dr D._____ du 29 juillet 2020 ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise. D'une part, ce médecin précise qu'il n'a pas pris connaissance du contenu du rapport d'expertise, lorsqu'il rédige son propre rapport. Il ne se prononce dès lors pas de manière étayée à l'encontre des constatations et des conclusions de l'expert. D'autre part, les éléments que le Dr D._____ rapporte ont déjà été exposés dans ses précédents rapports médicaux à l'attention de l'OAI, de sorte que le Dr G._____ en a eu connaissance lors de la rédaction de l'expertise. L'avis du médecin traitant a en conséquence valablement été pris en compte par l'expert.

Vu ce qui précède, l'intimé a nié à juste titre au recourant le droit à une rente d'invalidité.

5. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.).

6. L'intimé a refusé au recourant le droit à des mesures d'orientation ou d'observation, dès lors qu'elles n'avaient pas pu être mises en place car l'intéressé ne s'était pas présenté pour la visite du centre Afiro, malgré une sommation.

Le recourant se réfère pour sa part aux constatations du Dr G. _____ qui préconise des mesures de réadaptation professionnelle et estime probable une évolution vers un épisode dépressif sévère en l'absence de telles mesures.

L'état de santé de l'assuré au moment de la décision litigieuse n'entraînait toutefois pas d'incapacité de travail significative. Les mesures d'ordre professionnel ne constituent en outre pas un traitement d'une atteinte à la santé, même si elles peuvent contribuer à son amélioration. De toute évidence, l'expert préconise surtout un sevrage du cannabis et un suivi psychologique plus régulier et estime que l'octroi de mesures d'ordre professionnel pourraient constituer un soutien motivationnel à ce traitement. Cela ne suffit toutefois pas à justifier l'octroi d'une formation professionnelle initiale (art. 16 LAI) ou d'une mesure de reclassement professionnel par l'intimé (art. 17 LAI), en l'absence d'incapacité de travail et de gain significative.

Cela étant, le recourant présente un trouble dépressif léger récurrent depuis 2016, un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé, une dépendance primaire au cannabis et un trouble de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance. Au vu de la période à laquelle elles sont survenues ou se sont intensifiées, ces atteintes, sans entraîner de limitations fonctionnelles significatives, ont pu et peuvent encore compliquer sérieusement le choix d'une profession par l'assuré. Un soutien de l'OAI sous forme d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI paraît une mesure adéquate, étant précisé que cette mesure pourra être conditionnée à un sevrage du cannabis. Le fait que l'assuré ait mis en échec une précédente tentative de réinsertion, après une procédure de sommation, n'est pas décisif dans ce contexte. L'assuré a en effet, près d'une année après cet échec, manifesté sa bonne volonté par courrier du 11 juin 2020 à l'intimé. Sa situation personnelle a également évolué depuis qu'il a déménagé du domicile familial.

7. **a)** Vu ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision entreprise réformée en ce sens que le recourant a droit à des mesures d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI, elle est maintenue pour le surplus.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'200 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 10 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Y._____ a droit à des mesures d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI ; elle est confirmée pour le surplus.

- 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 Y._____ une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Dextra Assurance Protection Juridique SA (pour Y._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :