

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mars 2024

Composition : M. OULEVEY, président
Mmes Durussel et Gauron-Carlin, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 43 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 2001, a terminé la scolarité obligatoire en 2015 dans une classe de développement. Après des stages de courte durée dans un centre commercial et des épiceries, il n'a finalement acquis aucune formation professionnelle et n'exerce aucune activité lucrative.

Alors qu'il était encore mineur, l'assuré, représenté par sa mère, a requis des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par demande formelle déposée le 13 juin 2018, indiquant souffrir de troubles psychiatriques et de dépendance (alcool et cannabis).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli un rapport auprès du Dr F._____, médecin associé à la Consultation de psychiatrie pour enfants et adolescents (CPEA) [...]. Ce dernier a fait état, le 27 juin 2018, des diagnostics de troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels sans précision (F92.9), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (utilisation nocive pour la santé ; F12.1) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (utilisation nocive pour la santé ; F10.1). Il précisait que les difficultés de l'assuré ne lui avaient pas permis de mener à bien sa scolarité, interrompue à l'âge de 14 ans, en raison de graves troubles du comportement. L'assuré avait, par le passé, disposé de suivis thérapeutiques, mais ne se rendait « généralement pas aux rendez-vous ». Il avait dû être hospitalisé à deux reprises en 2016 et 2017 en raison de risques auto et hétéro-agressifs. Depuis septembre 2017, il poursuivait une thérapie auprès de la CPEA, en sus de bénéficier d'un suivi par un ergothérapeute et par le Service de protection de la jeunesse (SPJ ; dorénavant : la Direction générale de l'enfance et de la jeunesse [DGEJ]). L'assuré présentait une importante tendance à l'évitement, l'amenant à manquer les séances ou à abandonner les formations en cours. Il était en difficulté pour contrôler son agressivité et était susceptible de

débordements violents. Sur le plan mental, il paraissait intelligent et cultivé, mais avait toujours refusé les tests d'intelligence.

L'OAI a mis en œuvre des mesures d'observation professionnelle, respectivement de réinsertion (entraînement progressif), au sein du Centre de formation professionnelle spécialisée G._____ dès le 6 mai 2019 (cf. communications des 13 mai, 6 juin et 16 octobre 2019).

Dans un bilan du 25 novembre 2019, fondé sur le rapport du centre G._____ du 19 novembre 2019, l'OAI a relevé une détérioration de la capacité de l'assuré à respecter les règlements (important taux d'absentéisme) et une altération de son potentiel en raison de la consommation de toxiques. Il a dès lors invité l'assuré à modifier son comportement, en lui rappelant ses obligations, par courrier du 25 novembre 2019.

L'OAI a pris en charge une mesure de réinsertion (entraînement à l'endurance) dès le 25 novembre 2019 auprès du Centre H._____, en complément à la mesure d'entraînement progressif dispensée au sein du centre G._____ (cf. communications des 10 décembre 2019).

Compte tenu des absences de l'assuré dans le cadre des mesures précitées, l'OAI lui a rappelé son obligation de tout mettre en œuvre pour mener à bien les mesures en cours, se réservant le droit de le mettre formellement en demeure, s'il ne modifiait pas son comportement, dans un courrier du 13 janvier 2020.

A l'occasion de deux bilans intermédiaires des 31 janvier et 28 février 2020, le Centre H._____ a communiqué à l'OAI les difficultés de l'assuré à se rendre aux ateliers « compte tenu de ruminations anxieuses et d'un rythme nycthémeral décalé ». Aucune évolution n'était observée, de sorte que ledit centre préconisait « une interruption de la mesure avec une poursuite dans un cadre médical » afin que l'assuré soit confronté à ses problèmes et réussisse à être régulièrement présent. De

nombreux retards et absences injustifiés étaient rapportés, en sus d'arrêts de travail ponctuels confirmés par certificat médical.

Par sommation, adressée en courrier recommandé le 5 mars 2020, l'OAI a enjoint à l'assuré de modifier son comportement et de participer activement à la mesure de réinsertion, attirant son attention sur le risque d'un refus de prestations subséquent.

D'entente avec le Centre H._____, eu égard à la persistance des difficultés de l'assuré, l'OAI a mis un terme à la mesure de réinsertion le 25 mars 2020 et envisagé de poursuivre l'instruction médicale du dossier.

A l'issue du bilan final du 7 avril 2020, le Centre H._____ a conclu que l'assuré n'avait pas investi la mesure de réinsertion, de sorte qu'il n'avait pu se confronter à ses problèmes, en raison de ses nombreuses absences et du non-respect du planning des activités.

Par rapport du 13 mai 2020 à l'OAI, le Dr C._____, médecin généraliste traitant, a retenu les diagnostics de troubles mixtes des conduites et des émotions depuis l'enfance et d'asthme d'effort depuis 2015. L'assuré présentait des troubles de l'apprentissage, de la concentration et de la gestion des émotions. Il devait par ailleurs éviter les environnement empoussiérés. La capacité de travail était toutefois de 100 % « selon les possibilités de formation ». Le Dr C._____ a annexé le tirage d'un bilan psychologique du 3 juin 2014 et de divers rapports médicaux établis au sein du Département de psychiatrie du Centre hospitalier D._____ en 2016 et 2017. S'agissant du bilan psychologique, ses conclusions faisaient état d'une efficience intellectuelle dans les normes, de difficultés attentionnelles et exécutives, de difficultés de compréhension fine de textes, associées à une faiblesse en orthographe en langage écrit, et d'un léger trouble grapho-moteur pouvant être lié à une impulsivité. L'origine des difficultés attentionnelles et exécutives était difficile à établir. Un soutien psychologique était recommandé en lien avec les aspects comportementaux. Un électroencéphalogramme (EEG) s'était

révélé normal. Les rapports du Centre hospitalier D._____, datés des 8 septembre 2016, 14 septembre et 6 octobre 2017, faisaient suite à des interventions en raison de troubles du comportement (crise clastique, mise à l'abri de gestes auto et hétéro-agressifs), dans le contexte d'abus d'alcool et de cannabis, les comportements problématiques apparaissant lorsque l'assuré devait faire face aux exigences de la réalité.

Le 16 juillet 2020, le Centre H._____ a indiqué à l'OAI ne pas être en mesure de compléter un rapport à son attention. L'assuré n'était plus suivi au centre ; étant donné la brièveté du suivi et le peu de rendez-vous honorés par l'assuré, le centre ne disposait pas d'éléments suffisamment étayés pour se prononcer.

Le Service médical régional (SMR) a considéré, le 25 août 2020, que l'assuré était doté d'une capacité de travail entière et pouvait effectuer une formation dans un cadre adapté, sur la base des informations communiquées par le Dr C._____. Des interventions ponctuelles avaient été nécessaires par le passé dans le contexte d'une consommation importante de toxiques. Aucune prise en charge spécialisée n'avait été nécessaire, ni aucune évaluation du rapport aux toxiques, alors qu'aucune consommation n'était désormais annoncée.

Par communication du 7 janvier 2021, l'OAI a diligenté une mesure d'évaluation professionnelle au sein du Centre U._____ dès le 11 janvier 2021.

Compte tenu d'un taux d'absentéisme de 75 %, le Centre U._____ a conclu son rapport final du 4 mars 2021, en ce sens que le temps de travail de l'assuré n'était « pas exploitable » et qu'il était « inemployable » en l'état, en présence de troubles du comportement et de l'adaptation, voire d'une phobie sociale.

Sollicité pour avis, le SMR a retenu, le 17 août 2021, que la réalisation de mesures était exigible de l'assuré, faute d'élément médical justifiant ses absences et une quelconque incapacité de travail. L'échec

des mesures apparaissait imputable à des aspects motivationnels insuffisants et à la non-collaboration de l'assuré.

Convoqué en entretien auprès de l'OAI pour le 19 avril 2022, puis le 3 mai 2022 et enfin le 2 juin 2022, l'assuré ne s'est pas présenté.

Par courrier recommandé du 8 juin 2022, l'OAI a mis en demeure l'assuré, le sommant de se présenter à un entretien agendé au 29 juin 2022 et lui annonçant qu'à défaut une probable décision de refus de prestations lui serait adressée.

L'assuré a indiqué, par courriel du 29 juin 2022, qu'il ne pourrait se rendre à l'OAI. Il s'était vu prescrire une semaine de repos après consultation de l'Hôpital [...].

Par projet de décision du 18 juillet 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de prononcer un refus de prestations, en l'absence de collaboration de ce dernier à la mise en place de mesures de réadaptation et vu l'impossibilité de poursuivre l'instruction de son dossier.

Les termes de ce projet de décision ont été repris dans une décision du 26 septembre 2022.

B. B._____, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 26 octobre 2022. Il a conclu, principalement, à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité « à compter du 1^{er} décembre 2018 » ; subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale. Il se prévalait essentiellement d'un certificat médical du 10 octobre 2022 du Dr C._____. Ce praticien signalait que l'assuré souffrait, depuis l'enfance, de troubles mixtes des conduites et des émotions, ainsi que d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), lesquels

étaient responsables de problèmes de concentration et de comportement, ainsi que de l'impossibilité à suivre une formation. Plusieurs approches psychiatriques et psychologiques avaient été tentées sans succès. L'assuré avait également souffert de problèmes somatiques se répercutant sur son sommeil durant deux ans. Le Dr C._____ invitait l'OAI à « garder la porte ouverte à d'éventuelles mesures de réadaptation si un jour la situation devait s'y prêter ».

L'OAI a répondu au recours le 5 décembre 2022 et conclu à son rejet, s'appuyant sur un nouvel avis du SMR du 25 novembre 2022, lequel rappelait ses précédentes déterminations et maintenait notamment, dans le cas de l'assuré, l'absence d'atteinte à la santé de nature à entraver sa capacité « à comprendre les enjeux de sa situation ».

Par réplique du 9 janvier 2023, l'assuré a confirmé ses conclusions, réitérant en particulier la nécessité de mettre en œuvre une expertise destinée à évaluer sa capacité de travail et de collaboration. Il soulignait que les investigations médicales conduites par l'OAI étaient en l'état insuffisantes.

L'OAI a dupliqué le 9 février 2023 et maintenu ses conclusions.

Dans des déterminations subséquentes des 20 mars et 26 septembre 2023, l'assuré a fait parvenir des certificats rédigés par le Dr C._____ les 17 mars et 12 septembre 2023, aux termes desquels il rapportait que son patient était en incapacité totale de travail depuis l'automne 2022 sur le long terme.

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et

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

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

b) En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

c) En l'espèce, la décision attaquée date du 26 septembre 2022. Elle porte sur une demande de prestations déposée formellement

par le recourant le 13 juin 2018, compte tenu de son incapacité à suivre une formation professionnelle. Les événements fondant cette décision sont ainsi pour l'essentiel antérieurs au 1^{er} janvier 2022, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer l'ancien droit.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

5. 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 (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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient 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).

aa) 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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) 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 (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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).

7. a) A teneur de l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou la santé ne peuvent être exigés.

b) Selon l'art. 7 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance de l'invalidité (al. 1) . L'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier notamment (al. 2 let. d) de traitements médicaux au sens de l'art. 25 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10).

c) En vertu de l'art. 7a LAI, est réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré, à l'exception des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé.

d) L'art. 7b al. 1 LAI prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI ou à l'art. 43 al. 2 LPGA.

8. a) En l'espèce, il ne fait pas de doute que le comportement du recourant est seul responsable de la mise en échec des diverses mesures d'ordre professionnel (observations et mesures de réinsertion) diligentées par l'intimé.

b) On observe en effet que le rapport du centre G. _____ du 19 novembre 2019 a fait état de consommations régulières de toxiques et d'un non-respect du règlement de l'hébergement, avec de nombreuses absences et retards aux différents ateliers (cf. rapport du 19 novembre 2019, p. 2, 3 et 6). Il en a été de même au sein du Centre H. _____, où la faible participation du recourant aux ateliers a été mise en évidence dès le premier bilan intermédiaire. Le recourant n'avait en effet participé qu'à quatre ateliers, invoquant systématiquement des raisons diverses à ses absences (amener quelqu'un aux urgences, rendez-vous au social, difficultés à se lever le matin, absences de bons de transport ; cf. bilan intermédiaire du 8 janvier 2020). Aux termes du bilan intermédiaire du second mois, le Centre H. _____ a rapporté les éléments suivants (cf. bilan intermédiaire du 31 janvier 2020) :

« [...] **Absences**

L'assuré est absent à tous les ateliers sauf à l'atelier du mardi après-midi auquel il vient de manière régulière (trois présences en janvier). Un certificat médical justifie ses absences du 08/01/20 au 14/01/2020.

Observations

L'assuré mentionne avoir des ruminations anxieuses à propos de problèmes personnels envahissants. Son rythme nyctéméral est décalé et il a des difficultés à dormir certains jours. Il dit avoir besoin de parler et des rendez-vous médicaux ont été fixés en ce sens, rendez-vous auxquels il ne parvient pas à venir à ce jour. Nous lui proposons des moments d'échanges en individuel après les ateliers pour l'aider mais il ne s'en saisit pas.

Arriver à venir aux ateliers est difficile actuellement et il en est conscient quand on le lui fait remarquer, mais il souhaite poursuivre ses efforts pour arriver à retrouver un rythme avec l'espoir de poursuivre sa formation au G. _____. L'assuré s'engage de manière régulière à venir et il le dit également aux autres participants ce qui

témoigne de sa bonne foi mais il n'y arrive pas. Cette façon de s'engager de manière sincère témoigne d'un déni de ses difficultés qu'il pense pouvoir surpasser.

Au cours de l'atelier, l'assuré a davantage de difficultés à se concentrer qu'en début de la mesure et a besoin d'un temps pour se « [poser] ». Une fois concentré sur sa tâche, il n'a pas besoin de faire une pause et est motivé pour poursuivre jusqu'à la fin de la séance. Des exercices d'entraînement cognitif ont été proposés au cours de cette période à l'assuré, ce qui le motivait davantage que la bureautique et lui permettait plus facilement de se concentrer.

Nous pensons qu'il serait préférable d'interrompre la mesure et que l'assuré puisse venir dans un cadre médical jusqu'à ce qu'il retrouve un rythme régulier et soit en mesure d'investir une mesure de réadaptation. L'assuré est contre cette idée et craint que cela ne lui permette pas de poursuivre à nouveau sa mesure au G._____. Il souhaite encore essayer de venir mais a été absent ces derniers jours ce qui ne permet pas d'envisager que ses présences soient plus régulières à l'avenir.

Conclusion

L'assuré a beaucoup de difficultés à venir aux ateliers compte tenu de ruminations anxieuses et d'un rythme nyctéméral décalé. Quand il est présent, il est engagé dans son travail et montre une bonne volonté. Cependant, ses absences répétées ne lui permettent pas d'investir la mesure et d'envisager une suite plus exigeante. »

La situation n'a connu aucune amélioration à l'issue du troisième mois de la mesure diligentée au sein du Centre H._____ de sorte que son interruption était recommandée (cf. bilan intermédiaire du 28 février 2020). Le bilan final dudit centre a par conséquent conclu à l'absence d'investissement du recourant et au déni de ses difficultés, ce qui justifiait la fin du mandat de réadaptation (cf. bilan final du 7 avril 2020).

c) En dépit des réitérées mises en garde de l'intimé (cf. courriers des 13 janvier et 5 mars 2020), le recourant n'a pas modifié son comportement dans le cadre de l'observation professionnelle mise en œuvre au sein du Centre U._____. Le rapport du 4 mars 2021 est en effet notamment libellé en ces termes :

« [...] M. B._____ nous propose un tableau d'absentéisme quasi inégalé à l'U._____.

Il s'absente sans motif avéré, n'est pas ponctuel aux horaires prescrits.

Nous avons obtenu sa participation ponctuelle pour des évaluations de calcul et de français pour francophones, qu'il a parfaitement réussies au niveau 1, le plus bas niveau de nos évaluations.

Nous avons la notion qu'il ait rejoint les urgences du Centre hospitalier D. _____ [...] jeudi matin.
[...]

L'après-midi même de notre entretien, nous le retrouvons allongé au sol, endormi auprès de l'atelier qui lui a été proposé par le MSP [réd. : maître socioprofessionnel].

Dans ces conditions, nous lui avons demandé (après l'avoir réveillé et vérifié que son état de santé était compatible) de rejoindre son domicile.

Il apparaît inutile de poursuivre cette mesure COPAI si M. B. _____ persiste le 20.01.2021 à s'absenter régulièrement ou avoir des comportements inappropriés, non seulement vis-à-vis de lui-même, mais également vis-à-vis des autres bénéficiaires et de la collectivité professionnelle de l'U. _____ en règle générale.
[...]

4. Compte rendu de la psychologue

Nous recevons M. B. _____, lors du pré-examen, avec le Dr [...]. Il est de bonne présentation, habillé de manière très « fashion ». Il nous dit être motivé à effectuer la mesure, mais qu'il préfère rentrer à domicile plutôt que d'aller en internat, malgré un temps de trajet important. Le bénéficiaire semble conscient de ses problèmes de motivation à réaliser des activités et à maintenir un objectif. Il précise qu'il arrive à gérer seul sa propre comptabilité ainsi que l'entretien de son appartement et que c'est la première fois qu'il vit seul. Concernant ses consommations d'alcool et de stupéfiants, il relate qu'il ne consomme plus d'alcool et que le cannabis reste très occasionnel et purement récréatif.
[...]

Au niveau psychiatrique, le bénéficiaire relate qu'il n'a aucun suivi actuellement.

Nous revoyons, de manière très succincte, M. B. _____ dans les ateliers. En effet, il démontre de très nombreuses absences injustifiées. Lorsqu'il est présent, nous le surprenons régulièrement en train de dormir dans un coin.

Nous lui proposons un entretien pour effectuer un bilan de la situation, mais, lors de celui-ci, le bénéficiaire se dit tellement exténué et mal qu'il n'arrive pas à discuter, se couchant la tête dans les bras sur notre table. Nous lui proposons alors d'ajourner la discussion à une prochaine occasion, malheureusement celle-ci ne représentera plus.

Au vu des nombreux troubles psychiques connus de M. B. _____, ainsi que son fort taux d'absentéisme durant la mesure, il nous paraît improbable de pouvoir le réinsérer dans le premier marché du travail. Une reprise d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique rapproché ne peut être que vivement recommandé.
[...]

7. Conclusion

Les observations professionnelles, au décours de l'évaluation COPAI, qui s'est déroulée à l'U. _____ [...], réalisées par la psychologue du travail, les maîtres socioprofessionnels et le médecin conseil autorisent les conclusions suivantes :

M. B. _____ s'est avéré, dès son pré-examen et dans l'ensemble de ses temps de présence, totalement démotivé, souvent assoupi, séjournant souvent dans les vestiaires.
Ses capacités en informatique sont faibles.

Calcul 1 acquis, un seul exercice Word réalisé, n'autorisant pas à conclure, et français pour francophone réussi.
Pour l'ensemble des maîtres socioprofessionnels, les données qu'il nous a proposées sont inexploitable.
Il erre entre des activités médico-théoriques déclarées de travail administratif en bureau et de grutier.
Sa présence était très perturbatrice au sein des ateliers, déstructurant l'équipe, déstructurant les autres bénéficiaires.
Son temps de travail n'est pas exploitable.
M. B._____ est totalement envahi par des troubles du comportement, des troubles de l'adaptation.
Il présente probablement une phobie sociale.
Nous ne pouvons conclure qu'à son inemployabilité actuelle.
Il n'a pas pu rencontrer un des maîtres socio-professionnels, tant son absentéisme est important.

8. Opinion du bénéficiaire

M. B._____ est d'accord avec les observations et avoue que son absentéisme a créé une impossibilité à pouvoir évaluer ses compétences et capacités.
Il met la cause sur son traitement, qu'il a commencé la première semaine, suite à un rendez-vous au Centre hospitalier D._____. Il évoque que celui-ci lui a coupé toute son énergie et qu'il avait une fatigue extrême. Lorsque le médecin aborde le sujet des conduites addictives, le bénéficiaire s'énerve et réfute consommer encore des stupéfiants. Concernant ses projections professionnelles, il dit que sa motivation à retrouver une activité est nulle pour le moment. Il serait d'accord de reprendre un suivi psychothérapeutique et doit faire les démarches de reprise de contact avec son thérapeute. Il ajoute qu'il aurait envie de dire plus de choses, mais que son esprit est trop « embrouillé » pour s'exprimer correctement et préfère ne rien dire. [...] »

d) Compte tenu des éléments ci-dessus, on peut retenir que le comportement inadéquat et oppositionnel du recourant est avéré, de sorte que l'intimé était légitimé faire usage de la procédure de sommation prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA et, en définitive, à mettre un terme aux mesures de réadaptation.

9. a) Il s'agit d'examiner, à ce stade, la question du bien-fondé du refus de prestations litigieux, sur la base des pièces versées au dossier du recourant, lequel s'avère extrêmement pauvre sur le plan médical.

b) On dispose essentiellement de documents anciens, en sus des rapports établis par le Dr C._____, au demeurant non spécialiste. Cela étant, il ressort en particulier des rapports établis par le Dr F._____ du CPEA [...] et au sein du Centre hospitalier D._____ que des diagnostics du registre psychique ont systématiquement été mis en

évidence auprès du recourant dans le cadre des prises en charge ponctuelles dont il a fait l'objet (cf. rapports du Dr F._____ du 27 juin 2018 et du Département de psychiatrie du Centre hospitalier D._____ des 8 septembre 2016, 14 septembre et 6 octobre 2017). Le Dr F._____ a en effet retenu les diagnostics de troubles mixtes des conduites et de troubles émotionnels sans précision, en sus de troubles mentaux liés à la consommation d'alcool et de cannabis, lesquels avaient entravé la scolarité du recourant. Quant au Département de psychiatrie du Centre hospitalier D._____, les spécialistes en charge du recourant, non sans rappeler que ce dernier était « connu en pédopsychiatrie », ont mentionné le diagnostic de troubles des émotions et des conduites, dans le contexte d'abus de substances. A l'issue de chaque hospitalisation étaient préconisés un bilan psychiatrique et un suivi spécialisé, sans toutefois que le Centre hospitalier D._____ ne se prononce sur la capacité du recourant à se former.

c) S'agissant des pièces plus récentes, on constate que seul le médecin généraliste traitant du recourant s'est exprimé sur son état de santé. Le Dr C._____ a repris le diagnostic de troubles mixtes des conduites et des émotions, ajoutant celui de TDAH, lequel n'apparaît en l'état pas confirmé, tout en évoquant des « problèmes somatiques qui auraient perturbé le sommeil du recourant durant deux ans » (cf. certificat établi le 10 octobre 2022). Par ailleurs, après avoir envisagé une capacité de travailler ou de se former à hauteur de 100 %, le Dr C._____ a finalement attesté une incapacité totale de travail « depuis l'automne 2022 » (cf. rapport du 14 mai 2020 et certificats des 17 mars et 12 septembre 2023).

d) Fondé sur ces éléments, le SMR a maintenu la position précédemment adoptée au stade de la procédure administrative (cf. avis des 25 août 2020 et 17 août 2021), en justifiant son appréciation du cas comme suit à l'attention de la Cour de céans le 25 novembre 2022 :

« [...] Pour rappel, un rapport d'examen SMR du 25.08.20 retenait que le Dr C._____ n'émettait aucune IT [réd. : incapacité de travail], mais qu'en raison d'un trouble des conduites et des émotions, une

formation était possible dans un cadre adapté. Nous indiquons que, par le passé, des interventions ponctuelles ont été nécessaires en raison de crises clastiques dans un contexte de consommations importantes de toxiques. Depuis le dépôt de la demande, aucune prise en charge médicale spécialisée n'a été nécessaire, ni aucune évaluation du rapport aux toxiques. Selon le MT [réd. : médecin traitant], au vu des problèmes de comportement de l'assuré, seule une CTAA [réd. : capacité de travail dans une activité adaptée] de 100 % pouvait être attendue. Aucune consommation de substances toxiques n'était annoncée.

Un bilan psychologique de 2014, dont la valeur probante n'est pas confirmée, évoquait des investigations concernant un TDAH qui n'a cependant pas pu être retenu. L'efficacité intellectuelle était dans la norme.

Lors d'un entretien-SMR du 17.08.21 portant sur un rapport [...] du 04.03.21, nous avons expliqué que nous ne mettons pas en évidence, dans ce rapport, les éléments permettant de considérer un constat médical complet suffisant pour modifier les conclusions, ni sur le plan fonctionnel d'éléments permettant de rendre plausible que l'assuré ne pourrait pas prendre part à des mesures adaptées, notamment en considérant que l'assuré a été en mesure de réussir les examens théoriques pour le permis de conduire, ce qui exclut aussi la présence de dépendances qui sont, selon les exigences médicales, incompatibles avec une admission à la conduite automobile. La seule contradiction est que l'assuré indique poursuivre une consommation de THC, alors que la même annonce effectuée dans le cadre de la demande de permis de conduire aurait dû amener à des examens médicaux approfondis, ce dont nous n'avons pas la notion.

[...]

Une attestation médicale du MT, du 10.10.22, affirme plus catégoriquement la présence d'un TDAH, et de « problèmes somatiques perturbant le sommeil » par le passé. Aucun traitement n'est mentionné. Le manque de collaboration de l'assuré n'est pas remis en question. Contrairement à ce qui est mentionné dans l'acte de recours [...], on ne voit pas où le Dr C. _____ affirme qu'au « regard de l'ampleur des troubles accablant le recourant, il apparaît néanmoins douteux que celui-ci puisse déployer une activité lucrative dans le cadre du circuit professionnel ordinaire. »

[...]

Discussion : Le MT ne fait que ré-évoquer les éléments médicaux déjà présents au dossier, puisque la réalisation d'aucune nouvelle évaluation, démarche diagnostique, prise en charge spécialisée, ou traitement couramment prescrit, qui seraient intervenus depuis les précédentes conclusions ne sont portés à notre connaissance. Le TDAH n'est pas confirmé, et quand bien même, les LF [réd. : limitations fonctionnelles] seraient du même registre que celles déjà retenues, ayant conduit à une importante prise en charge REA [réd. : réadaptation] proposée à l'assuré, et conforme aux souhaits du MT. Nous n'avons pas la notion qu'une exigibilité de traitement ait été proposée, ce qui serait par ailleurs difficile en lien avec un diagnostic non confirmé. La question centrale est la capacité de collaboration de l'assuré en lien avec son état de santé. Sur ce plan, nous ne mettons en évidence aucune atteinte qui ne permettrait pas à l'assuré de comprendre les enjeux de la situation, alors que l'assuré démontre des capacités dans d'autres domaines de la vie, que son état ne nécessite pas de prise en charge intensive ou de traitement

malgré un suivi médical régulier, et que le MT ne remet pas en question un manque de collaboration de l'assuré. »

10. a) Il n'est, en l'espèce, pas possible de suivre la prise de position de l'intimé, respectivement du SMR, eu égard à la capacité de collaboration du recourant. Demeure en effet non élucidée la question de savoir si le comportement nonchalant et oppositionnel affiché ouvertement par l'intéressé est imputable ou non à une atteinte à la santé psychique, singulièrement à la consommation de toxiques. On observe que le recourant a été pris en charge ponctuellement sur le plan psychiatrique (notamment au sein du Centre hospitalier D._____) en raison des conséquences de troubles mixtes des conduites et des émotions, ainsi que de sa dépendance à l'alcool et au cannabis. Ces diagnostics, retenus depuis l'adolescence, ont manifestement atteint un degré de gravité certain, puisqu'ils ont justifié des hospitalisations du recourant dans des contextes violents (crises clastiques, mises en danger de lui-même ou d'autrui). Certes, le recourant ne semble bénéficier actuellement d'aucun suivi spécialisé et ne paraît pas demandeur de mesures thérapeutiques particulières. Cela étant, on ignore tout du tableau clinique qu'il présente effectivement, non seulement eu égard à l'évolution des diagnostics psychiatriques précédemment posés, mais également en lien avec la consommation de stupéfiants. Dans ce contexte, l'avis du SMR du 25 novembre 2022 ne convainc pas, étant donné qu'il procède de déductions purement subjectives et met précisément en évidence les questions en suspens qu'il n'a pas été en mesure d'élucider. Il n'est, à l'évidence, pas possible, en l'état du dossier, de se déterminer sur la présence d'atteintes à la santé psychique et, cas échéant, sur la capacité de travail ou d'acquérir une formation du recourant, sur ses limitations fonctionnelles, ainsi que sur les indicateurs pertinents au regard de la jurisprudence fédérale.

b) On ne saurait, cela étant, considérer d'emblée, comme le voudrait le recourant, qu'il serait totalement incapable d'exercer une activité lucrative, dans la mesure où seul le Dr C._____, en sa qualité de médecin généraliste, s'est prononcé à ce sujet. Au demeurant, on rappellera que ce praticien a modifié son appréciation au stade de la

procédure de recours (cf. certificat du 10 octobre 2022), alors qu'il avait envisagé la pleine capacité de son patient à se former (cf. rapport du 13 mai 2020).

c) Force est en définitive de conclure qu'un avis étayé sur le tableau clinique présenté par le recourant, émanant d'un spécialiste en psychiatrie, fait défaut in casu, de sorte qu'il n'est pas possible de statuer sur le droit aux prestations litigieux.

11. 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).

c) 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).

d) En l'espèce, faute à l'intimé d'avoir élucidé à satisfaction les éléments médicaux pertinents pour déterminer si le recourant est effectivement affecté d'une pathologie psychiatrique incapacitante, il s'impose de lui renvoyer la cause pour procéder à un complément d'instruction. Dans ce contexte, il lui appartiendra de procéder à une expertise psychiatrique du recourant, à laquelle il conviendra d'adjoindre une évaluation neuropsychologique. Il s'agira pour l'expert désigné de déterminer si le recourant est atteint dans sa santé psychique, s'il souffre d'un éventuel syndrome de dépendance, et, cas échéant, quelle en a été l'évolution et quelles en sont les répercussions à l'aune de la grille des indicateurs dégagée par la jurisprudence fédérale.

12. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 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 admis.

- II. La décision rendue le 26 septembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, 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 :