

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté Me Franziska Lüthy de Procap
Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 28 LAI et 61 let. c LPGA

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 199[...], originaire du [...], père d'un enfant né en 201[...], est arrivé en Suisse au mois de mai 2005. Sans formation professionnelle, l'assuré, au bénéfice d'un permis B, a travaillé pour divers employeurs par le biais de contrats temporaires avant d'exercer comme disc-jockey et d'entamer une formation de coach sportif.

Le 9 août 2018, l'assuré a été hospitalisé au Centre H._____, en neurologie et aux soins intensifs, en raison de troubles de la vigilance et d'un AVC, ceci jusqu'au 19 septembre 2018, date de son transfert à l'Institution de K._____.

Dans leur rapport du 26 septembre 2008, le Prof. H.T._____ et le Dr H.G._____, spécialistes en neurologie au Centre H._____, ont posé le diagnostic principal suivant :

« RCVS (Reversible cerebral vasoconstriction syndrome) d'origine idiopathique le 08.08.2018 avec :

- Accidents vasculaires cérébraux (AVC) lacunaires multiples : centres semi-ovales en territoire jonctionnel droit, tête du noyau caudé et corticaux frontaux droits, infarctus hémorragique d'un AVC frontal gauche

- facteur favorisant : consommation THC

- clinique : troubles de la vigilance, troubles attentionnels et dysexécutifs

- traitement :

- angioplastie mécanique au ballon et chimique par nimodipine des terminaisons ICA D et ICA G le 10.08, 11.08, 13.08, 14.08, 17.08, 21.08, 22.08.
- sevrage Milrinone le 28.08, Nimotop 27.08
- sevrage NA le 28.08.2018 »

Par la suite, l'assuré a séjourné dans le service de réhabilitation de l'Institution de K._____ du 19 septembre au 30 octobre 2018. A l'issue du séjour, les médecins ont relevé une amélioration significative des performances, notamment sur le plan langagier, mnésique antérograde bimodal, exécutif, attentionnel et

comportemental. La symptomatologie cognitive restait d'intensité modérée. L'assuré entendait reprendre sa formation de coach sportif (rapport du 6 novembre 2018 du Dr K.N. _____, spécialiste en médecine physique et en réadaptation). Dans son appréciation, ce médecin a en particulier relevé ce qui suit :

« **Réduction du dysfonctionnement exécutif** : évolution très favorable. Sur le plan de la programmation : progrès pour planifier des tâches de plus en plus complexes, également sur un plan écologique (courses, confection d'un repas, organisation d'activités sur une semaine) avec néanmoins la persistance de difficultés fines lors de tâches inhabituelles ou lorsque des contraintes sont imposées, notamment sous pression temporelle. Le patient peut par ailleurs respecter un planning de tâches à entreprendre de manière autonome sur une semaine sans erreur. En incitation : amélioration limitée : le patient se montre de plus en plus impliqué, réactif mais il présente néanmoins un fléchissement de l'incitation et une tendance à réduire ses productions à l'essentiel (notamment verbalement). Un soutien est encore nécessaire pour chercher de nouvelles idées ou les catégoriser. En inhibition : amélioration des performances avec néanmoins persistance de difficultés dans des niveaux intermédiaires d'exercices informatisés et sur le plan comportemental (jurons). Sur le plan de la flexibilité mentale : évolution favorable dans des exercices informatisés avec persistance de fluctuations dans les performances surtout en situation de pression temporelle.

(...)

Sur le plan de la participation à la vie domestique, alors qu'il était déjà autonome en toilette/habillage à son admission, le patient s'aperçoit des problèmes de performance tardivement, persiste dans certaines difficultés, avec un manque de fluidité dans l'activité. En fin de séjour le patient peut faire des recherches sur Internet pour organiser une sortie, organiser un transport avec respect des horaires. Il peut préparer un plat dans un délai acceptable et peut respecter une liste de course. Dans l'ensemble on observe une amélioration des capacités de concentration et d'attention malgré les stimuli externes et la capacité de réaliser des activités en double tâche. Pour les courses, il est observé une meilleure exploration de l'espace avec consigne initiale, fonctionnel dans l'activité et indépendant pour la réalisation de courses simples. Lors de sorties, il respecte la signalisation pour traverser, recherche les bons horaires de bus sur Internet et se dirige vers le bon arrêt, descend au bon endroit de manière autonome. Dans l'ensemble le patient a pu récupérer une autonomie dans la vie quotidienne »

Le 21 décembre 2018, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en se prévalant des suites de son accident vasculaire cérébral.

Dans un rapport du 4 mars 2019, le Dr K.N. _____ a apprécié l'évolution de son patient, relevant que, sept mois après la survenance du syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible d'origine idiopathique, son patient ne gardait aucune séquelle au point de vue neurologique et avait progressé sous l'angle neuropsychologique, en particulier au niveau du langage oral, du calcul oral, de la mémoire antérograde verbale, de l'incitation verbale et non verbale et de la vitesse de traitement. Les troubles qu'il présentait étaient d'intensité légère à moyenne. Le Dr K.N. _____ proposait de continuer la logopédie et le suivi psychologique cognitif, précisant que l'assuré était autorisé à reprendre son activité de disc-jockey.

Dans un rapport du 5 mars 2019, le Prof. H.L. _____, spécialiste en neurologie au Centre H. _____, a mentionné un status normal sans indice d'une éventuelle évolution de la sténose intercrânienne, laquelle n'appelait pas la mise en place d'un traitement.

Dans un rapport adressé à l'OAI le 8 mars 2019, le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible et de déchirure du tendon du sus-épineux gauche à l'origine d'une incapacité de travail dès le mois de septembre 2018. Le Dr S. _____ a attesté d'une incapacité de travail du 1^{er} décembre 2018 au 10 avril 2019.

Par communication du 29 mars 2019, l'OAI a informé l'assuré que la mise en œuvre de mesures d'intervention précoce était prématurée.

Dans un rapport à l'OAI du 17 avril 2019, le Dr K.N. _____ a attesté d'une incapacité de travail de 100 % du 8 août 2018 à la date de sa consultation. Il a répondu comme il suit au questionnaire de l'OAI :

Constats médicaux complets sur la base des examens que vous avez pratiqués

A l'examen clinique : patient interactif, sans trouble de l'expression ni de la compréhension sans manque d'incitation ni précipitation. Mobilité de la nuque préservée ; pas d'amputation du champ visuel ni signe d'héminégligence. Autres paires crâniennes sans particularité. Epreuve des bras tendus stable, sans parésie aux MS ni trouble de la mobilité fine.

Diadococinésie et épreuve doigt-nez correcte. En station debout : stable y compris à la marche sur une ligne et à l'épreuve de Romberg. Pas de déficit tacto-algique ni du sens postural aux MS. Paresthésie à 8/8 et graphesthésie préservée aux MS.

Le bilan cognitif réalisé en décembre 2018 a montré encore un déficit attentionnel ainsi qu'un ralentissement, un dysfonctionnement exécutif modéré, des difficultés en mémoire antérograde verbale, une faiblesse du raisonnement verbal et un défaut d'accès lexical.

(...)

2.7

Votre pronostic sur la capacité de travail du patient/de la patiente sur un taux de 100 %

Sept mois après son RCVS d'origine idiopathique, le patient n'en garde aucune séquelle au point de vue neurologique alors qu'il a progressé au point de vue neuropsychologique, en particulier au niveau du langage oral, du calcul oral, de la mémoire antérograde verbale, de l'incitation verbale et non verbale et de la vitesse de traitement. Les troubles qu'il présente au printemps 2019 sont d'intensité légère à moyenne.

(...)

4.3

Votre pronostic sur le potentiel de réadaptation du patient/de la patiente. Capacité de travail sur un taux de 100% (même si le taux contractuel est inférieur).

Il faudrait partir sur une activité adaptée sur le plan des exigences et du rendement : il s'agirait d'une activité plutôt simple, avec un nombre limité de tâches dans un premier temps pour lui permettre de les intégrer et aussi pour limiter les exigences en termes d'organisation du travail. Les consignes doivent être claires et répétées. L'environnement devrait se montrer un peu bienveillant, dans le sens qu'il est nécessaire de le questionner pour obtenir des informations de sa part (il ne transmet pas les informations, même quand celles-ci sont indispensables à l'interlocuteur) et le stimuler (il manque encore clairement d'incitation et d'initiative).

Le patient progresse encore tant sur le plan cognitif que langagier ce qui justifie une poursuite des mesures ambulatoires, afin de pouvoir envisager à moyen voire long terme une reprise de son taux de capacité à 100 %. »

Le Dr K.N. _____ a en outre mentionné les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités en position assise de plus de 4 heures ; pas d'activités en position uniquement debout, pas d'activités nécessitant de marcher ; un déficit attentionnel ; des difficultés en mémoire antérograde ; un dysfonctionnement exécutif modéré et ralentissement ; une résistance limitée avec ralentissement et faiblesse du raisonnement verbal.

Interrogé par l'OAI, le Dr S. _____ a confirmé le 12 septembre 2019 une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, précisant ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Également interrogé par l'OAI, le Dr K.N._____ a répondu au questionnaire de l'OAI le 13 septembre 2019. Il a fait état d'une amélioration sur le plan du langage ainsi que sur le plan des capacités attentionnelles et exécutives. Il persistait selon lui des troubles exécutifs (planification, flexibilité et incitation) et attentionnels (ralentissement), l'atteinte étant alors légère à moyenne. Appelé à se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, il a répondu, en ce qui concernait celle d'ingénieur du son, que celle-ci pouvait être reprise et que, dans celle de coach sportif, les difficultés sévères de planification étaient incapacitantes. Il a attesté d'une incapacité de travail dès le 8 août 2018 pour une année au moins et indiqué que des mesures de réinsertion pouvaient débuter « dès ce jour ».

Réinterrogé par l'OAI, le Dr K.N._____ lui a indiqué le 4 octobre 2019 qu'il n'était plus en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de son patient au motif qu'il appartenait désormais à l'OAI de procéder à une évaluation.

L'OAI a soumis le dossier au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) pour avis, lequel a demandé de recueillir auprès de l'Institution de K._____ l'ensemble des rapports d'évaluation depuis le mois de décembre 2018. Le 7 novembre 2011 ce dernier a produit les documents suivants :

- Un rapport du 10 septembre 2019 de la neuropsychologue K.B._____, de la logopédiste K.C._____ et de la psychologue K.D._____ lesquelles ont notamment fait savoir ce qui suit :

« Dernier examen des fonctions cognitives (Institution de K._____, du 15.11.2018 au 04.12.2018) : déficit attentionnel non latéralisé modéré à sévère en attention divisée et ralentissement modéré de la vitesse de traitement, dysfonctionnement exécutif modéré tant sur le plan cognitif (inhibition verbale et non verbale, planification complexe) que sur le plan comportemental (manque d'incitation), des difficultés en mémoire antérograde verbale et en mémoire de travail, une faiblesse de raisonnement verbal, un défaut d'accès lexical modéré avec une tendance à l'économie et une informativité

insuffisante ainsi que des erreurs syntaxiques et des persévérations en langage écrit.

Bilan cognitif et langagier du 21.08.19 au 03.09.2019

(...)

Cet examen cognitif et langagier met en évidence :

- des troubles exécutifs caractérisés par des difficultés sévères de planification et par de légères difficultés en flexibilité mentale. Cliniquement, on relève ponctuellement un manque d'incitation verbale ;
- des troubles attentionnels se caractérisant par un ralentissement de la vitesse de traitement et des temps de réaction ainsi qu'une baisse modérée du rendement en attention soutenue. »

- Un rapport du 20 septembre 2019 du Dr K.N._____, lequel estimait qu'un an après la survenance du syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible d'origine idiopathique, son patient avait continué d'évoluer favorablement en particulier avec une normalisation de ses performances en expression orale, en mémoire de travail, en mémoire antérograde verbale, en initiation, en incitation non verbale ainsi qu'en attention divisée. Il persistait quelques difficultés de planification, de flexibilité mentale ainsi que des temps de réaction encore déficitaires. Le Dr K.N._____ considérait que le status neurologique était dans les limites de la norme avec des troubles cognitifs qui restaient d'intensité légère à moyenne. Il notait encore qu'il n'y avait plus d'indication médicale à poursuivre la logopédie, les thérapeutes restant à disposition pour accompagner l'assuré dans ses projets de formation.

Dans un rapport du 18 décembre 2019, la Dre H.M._____, spécialiste en neurologie au Centre H._____, a fait état d'une évolution neurologique tout à fait stable, favorable et rassurante avec cependant des sténoses cérébrales persistantes.

Dans un compte-rendu de la permanence SMR du 23 janvier 2019, le Dr X._____ a admis une capacité de travail de 60 %

dans toutes activités dès le 1^{er} janvier 2019 et de 100 % dès le 1^{er} septembre 2019.

Dans un projet de décision du 4 février 2020, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer un quart de rente du 1^{er} août au 30 novembre 2019. Il a considéré que l'assuré avait présenté une incapacité de travail sans interruption depuis le 8 août 2018 et qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, il présentait une incapacité de travail et de gain de 40 % laquelle ouvrait le droit à un quart de rente jusqu'au 30 novembre 2019, à savoir trois mois après avoir recouvré une capacité de travail de 100 %.

Par décision du 19 mars 2021, assortie d'une motivation séparée du 26 mars 2020, l'OAI a octroyé à l'assuré un quart de rente du 1^{er} août au 30 novembre 2019 et une rente pour enfant liée à la rente du père.

Cette décision est entrée en force.

B. Le 3 mars 2022, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en faisant toujours état des suites de son AVC.

Dans un courrier à l'OAI du 7 avril 2022, l'assuré a indiqué qu'après plusieurs tentatives de missions temporaires, il recevait toujours le même feedback, à savoir celui d'une lenteur persistante. Un contrôle chez le Dr K.N._____ était agendé le 5 mai 2022.

Dans un rapport du 30 mai 2022, le Dr K.N._____ a confirmé le précédent diagnostic. Il a fait état de troubles cognitifs d'intensité légère à moyenne qui se répercutaient sur la capacité de travail avec au premier plan des difficultés exécutives et attentionnelles, avec une faiblesse du raisonnement, ce qui était cohérent et compatible avec l'atteinte neurologique et les plaintes rapportées. Sur le plan fonctionnel, le Dr K.N._____ a mentionné une diminution du rendement attentionnel

et de la vitesse, des difficultés pour passer aisément d'une tâche à l'autre, le recours à des instructions écrites pour décharger la mémoire vive et maintenir les informations dans le temps et des limitations pour la prise de décisions. Il a noté une légère amélioration dans le domaine attentionnel et exécutif, et une petite baisse sur le plan mnésique. Le Dr K.N._____ a estimé que les capacités cognitives de son patient étaient compatibles avec l'exercice d'une activité simple et routinière avec un rendement diminué, proposant à l'OAI une évaluation en situation.

Après avoir envisagé un refus d'entrer en matière (cf. décision du 8 juillet 2022), l'OAI est revenu sur sa position (cf. communication du 5 août 2022) et a repris l'instruction de la cause, mettant en œuvre une évaluation professionnelle auprès de l'A._____ (communication du 26 octobre 2022).

L'A._____ a rendu son rapport le 8 décembre 2022 (cf. aussi note d'entretien du 2 décembre 2022). Il a conclu que, dans une activité adaptée (bureautique, entretien, conciergerie), la capacité de travail de l'assuré pourrait atteindre 100 % avec un rendement de l'ordre de 50 % dans les activités manuelles et de l'ordre de 60 à 70 % en bureautique, sous réserve qu'il évolue dans un milieu hiérarchisé et cadrant.

Dans un avis SMR du 13 janvier 2023, le Dr X._____ a retenu que le rendement tenait compte des difficultés de concentration après les pauses mises sur le compte d'une consommation de cannabis et du temps passé par l'assuré sur son téléphone portable. Il a estimé que rien ne permettait de mettre cette baisse de rendement sur le compte d'une atteinte organique plutôt que d'un comportement dû à une personnalité préexistante ou à une implication suboptimale. Il a conclu que les éléments à disposition ne permettaient pas d'objectiver médicalement les plaintes de l'assuré ni une dépendance au cannabis qui empêcherait l'assuré de s'abstenir de toute consommation au moins durant les périodes de stage ou d'évaluation médicale.

Par décision du 27 janvier 2023, confirmant un projet de décision du 13 janvier 2023, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, considérant qu'il n'y avait aucune modification dans son état de santé par rapport à la précédente décision du 19 mars 2021.

C. Par acte du 27 février 2023, Y._____, représenté Me Franziska Lüthy de Procap Suisse, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant a fait valoir que la décision du 19 mars 2021 était manifestement erronée étant donné que la capacité de travail retenue n'était confirmée par aucun des rapports médicaux du dossier. Il a reproché à l'OAI une instruction insuffisante, faisant grief au SMR (cf. avis du 13 janvier 2023) de n'avoir souligné que les contradictions et questions ouvertes sans y apporter de réponse ou d'éclaircissement.

Par décision du 10 mars 2023, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires.

Par réponse du 4 avril 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant aux avis SMR des 12 janvier et 23 mars 2023. Dans ce dernier, le Dr X._____, a relevé que la dernière appréciation du Dr K.N._____ n'apportait aucun élément permettant d'objectiver que les performances présentées par l'assuré étaient en lien avec une atteinte neurologique ou une dépendance ni qu'elles étaient significativement différentes de celles antérieures à l'AVC. Il n'a pas estimé opportun de mettre en œuvre une expertise neurologique dès lors que l'assuré présentait un examen neurologique normal et ne nécessitait plus de prise en charge spécialisée.

Par écritures des 9 mai et 6 juin 2023, les parties ont confirmé leurs conclusions.

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 compte tenu des fériés de fin d'année (art. 60 et 38 al. 4 let. c LPGA), 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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, par sa décision du 27 janvier 2023 l'intimé a nié à l'assuré le droit à des mesures professionnelles et à une rente

d'invalidité au motif qu'il n'y avait aucune modification dans son état de santé par rapport à la précédente décision du 19 mars 2021.

Dans son recours du 27 février 2023 (p. 8), le recourant conclut à ce que la Cour des assurances sociales constate que les conditions pour une reconsidération sont remplies. Cette conclusion sort cependant du cadre du litige dès lors que la décision attaquée du 27 janvier 2023 s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée le 3 mars 2022. Il s'agit en particulier de déterminer si la situation médicale du recourant s'est notablement aggravée entre la décision du 19 mars 2021 d'octroi d'un quart de rente du 1^{er} août au 30 novembre 2019, à savoir la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, et la décision litigieuse du 27 janvier 2023 et si, cas échéant, cette péjoration éventuelle justifie l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Dès lors que la décision attaquée du 27 janvier 2023 ne porte pas sur une demande de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA ou de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA de la décision du 19 mars 2021, une telle conclusion est irrecevable.

c) Il convient cependant de rappeler que quoiqu'il en soit, selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur social n'est pas tenu de reconsidérer une décision, mais en a simplement la faculté, laquelle relève de son pouvoir d'appréciation ; ni la personne assurée ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et 4.2.1 ; TF 9C_901/2007 du 8 octobre 2008 consid. 3 non publié in ATF 134 V 401 ; TF 9C_671/2015 du 3 mai 2016 consid. 4).

d) D'autre part, la décision qui peut être potentiellement reconsidérée doit être manifestement erronée et sa rectification doit revêtir une importance notable. Lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, l'irrégularité de la décision n'est alors manifeste que lorsqu'il n'existe plus aucun doute raisonnable sur le fait que la décision est erronée (Margit Moser-Szeless, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales,

Commentaire romand, Bâle 2018, n. 76 ad art. 53 LPGA et les références). La reconsidération ne doit pas non plus servir à faire un nouvel examen plus approfondi et à pallier l'absence de recours de l'assuré. Or dans le cas particulier et contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimé n'a pas admis que les conditions de la reconsidération étaient données et n'est donc pas entré en matière sur cette dernière. On ne peut de surcroît pas admettre une irrégularité manifeste de la décision du 19 mars 2021, prise sur la base de rapports médicaux figurant au dossier qui tous allaient dans le sens d'une stabilisation et d'une évolution plutôt favorable du patient (rapports des 6 novembre 2018, 4 mars, 17 avril, 13 et 20 septembre et 4 octobre 2019 du Dr K.N. _____ ; rapport des 5 mars et 18 décembre 2019 du Centre H. _____ ; bilan cognitif de l'Institution de K. _____ du 10 septembre 2019). Ainsi, dans son rapport du 20 septembre 2019 en particulier, le Dr K.N. _____ avait fait savoir que son patient avait continué d'évoluer favorablement en particulier avec une normalisation de ses performances en expression orale, en mémoire de travail, en mémoire antérograde verbale, en initiation, en incitation non verbale ainsi qu'en attention divisée. S'il persistait quelques difficultés de planification, de flexibilité mentale ainsi que des temps de réaction encore déficitaires, le status neurologique était dans les limites de la norme avec des troubles cognitifs qui restaient d'intensité légère à moyenne sans indication médicale à poursuivre la logopédie. Aussi, pour autant que recevables (cf. consid. 2b ci-dessus), ces conclusions devraient être rejetées.

e) En définitive, le litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il s'agit en particulier de déterminer si la situation médicale du recourant s'est notablement aggravée entre la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision du 19 mars 2021 accordant une rente limitée dans le temps, et la décision litigieuse du 27 janvier 2023 et si, cas échéant, cette péjoration éventuelle justifie l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_658/2022 du 30 juin 2023 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 30 mai 2023, fait suite à une demande de prestations déposée le 2 mars 2022 en raison de difficultés à réintégrer le marché du travail (licenciement le 17 décembre 2021), lesquelles sont apparues dans le cadre des missions confiées par [...] à partir du 30 novembre 2021, si bien qu'un éventuel droit à la rente prendrait naissance au plus tôt trois mois plus tard, à savoir le 1^{er} mars 2022 de sorte que les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022 sont applicables à la résolution du présent litige.

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). L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à

la rente, s'est produit (cf. ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins cinq points de pourcentage ou atteint 100 %, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

5. a) Pour 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).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail de la personne assurée. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure la personne assurée est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 5.2 et les références citées). Dans les cas où ces appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.3.1 et les références citées). Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de la personne assurée et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées).

d) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

6. a) Au dépôt de sa première demande de prestations le 21 décembre 2018, le recourant a indiqué souffrir des conséquences de son accident vasculaire cérébral. Dans sa décision du 19 mars 2021, entrée en force, l'OAI a considéré que l'assuré avait présenté une incapacité de travail sans interruption depuis le 8 août 2018 dans toutes activités et qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, il présentait une incapacité de travail et de gain de 40 % laquelle ouvrait le droit à un quart de rente jusqu'au 30 novembre 2019, à savoir trois mois après avoir recouvré une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle dès le 1^{er} septembre 2019.

b) L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 3 mars 2022. Il a fait état des conséquences de son accident vasculaire cérébral, mentionnant qu'après plusieurs tentatives de reprise professionnelle dans des missions temporaires, il recevait toujours le même feedback, à savoir celui d'une lenteur persistante. Après avoir envisagé de ne pas entrer en matière, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr K.N._____ et mis en place une évaluation professionnelle auprès de l'A._____, laquelle a mis en lumière un rendement réduit de l'ordre de 50 % dans les activités manuelles et de l'ordre de 60 à 70 % en bureautique, sous réserve qu'il évolue dans un milieu hiérarchisé et cadrant. Sollicité pour avis, le SMR a retenu que le rendement réduit tenait compte des difficultés de concentration après les pauses mises sur le compte d'une consommation de cannabis et du temps passé par l'assuré sur son téléphone portable et que rien ne permettait d'objectiver une dépendance au cannabis qui empêcherait l'abstinence au moins durant les périodes de stage ou d'évaluation médicale. L'OAI a considéré que l'assuré n'avait pas démontré une aggravation de son état de santé se répercutant sur sa capacité de travail et lui a en conséquence nié le droit aux prestations.

Le recourant reproche pour l'essentiel à l'OAI d'avoir insuffisamment instruit son cas sur le plan médical sur la base du seul avis SMR du 13 janvier 2023, contestant bénéficier d'une capacité de travail entière.

7. **a)** A la suite du dépôt de la nouvelle demande le 3 mars 2022, l'intimé est entré en matière et a procédé à l'instruction de celle-ci. Sur le plan médical, il a recueilli l'avis du Dr K.N._____, médecin réadaptateur traitant à l'Institution de K._____, lequel a décrit l'évolution de l'état de santé en ces termes dans son rapport du 30 mai 2022 :

« Après une prise en charge en soins aigus puis une neuroréhabilitation stationnaire au 30.10.2018, un rapport AI vous a été adressé le 13.09.2019. Il était alors confirmé que l'examen cognitif et langagier mettait en évidence des troubles exécutifs, caractérisés par des difficultés sévères de planification, et par de légères difficultés en flexibilité mentale, avec ponctuellement un manque d'incitation verbale, associés à des troubles attentionnels se

caractérisant par un ralentissement de la vitesse de traitement et des temps de réaction ainsi qu'une baisse modérée du rendement en attention soutenue. Le tableau cognitif était alors d'intensité légère à moyenne et caractérisé par des difficultés exécutives et attentionnelles. Ce tableau était compatible avec l'atteinte neurologique alors que l'examen neurologique était heureusement à considérer dans les limites de la norme.

Par la suite, même après une infection Covid, il n'y a pas eu d'aggravation significative. Selon le bilan cognitif réalisé le 12.05.2022, et en fonction des observations de 2019 et de 2022, il est mis en évidence à ce jour :

- des troubles exécutifs caractérisés par de légères difficultés en inhibition verbale et en flexibilité mentale, ainsi qu'un ralentissement de l'accès aux mots dans l'expression verbale spontanée et une faiblesse de la récupération en mémoire épisodique verbale à long terme (après un délai de 40 minutes)
- des troubles attentionnels modérés se caractérisant par un ralentissement de la vitesse de traitement, des temps de réaction ainsi que des difficultés en attention soutenue sur une durée de 15 minutes
- des capacités altérées en mémoire de travail verbale (composante de mise à jour)
- des difficultés de raisonnement verbal.

Le reste des fonctions cognitives évaluées (dénomination et lecture rapide, apprentissage en mémoire antérograde verbale, planification complexe, attention sélective et divisée) est dans les normes. L'évolution à ce jour depuis la dernière évaluation effectuée en 2019 est globalement stable avec des difficultés dans les mêmes fonctions cognitives. On observe une légère amélioration dans le domaine attentionnel et exécutif, et une petite baisse sur le plan mnésique.

Ainsi, ces troubles ont toujours un impact sur sa capacité de travail, puisque lorsque le patient a pu reprendre une activité, il s'est trouvé en difficulté de par un certain ralentissement, l'incapacité à augmenter la cadence en cas de pression et avec une fatigue, présentant aussi des troubles attentionnels avec des oublis. Ces troubles apparaissent aussi après 7 heures de travail avec un ralentissement jusqu'à la fin de son activité de 8 heures de travail, alors que le patient est fatigable. »

Le Dr K.N. _____ a fait savoir à l'office intimé que le nouveau degré d'incapacité de travail était « *semblable* » à celui de 2018 (recte : 2019). Sur le plan fonctionnel, le médecin réadaptateur retenait une diminution du rendement attentionnel et de la vitesse, des difficultés pour passer aisément d'une tâche à l'autre, le besoin d'avoir recours à des instructions écrites pour décharger la mémoire vive et maintenir les informations dans le temps, des limitations pour la prise de décisions. Il a

estimé que les capacités cognitives de son patient étaient compatibles avec l'exercice d'une activité simple et routinière avec un rendement diminué qu'il suggérait d'évaluer en situation. Ce faisant, le Dr K.N. _____ n'a pas énoncé de nouvelles limitations fonctionnelles par rapport à ses rapports des 17 avril, 13 septembre et 20 septembre 2019.

Pour le surplus, aucun élément médical du dossier ne permet de remettre en cause l'évolution favorable de l'assuré sur les plans neurologiques et neuropsychologiques. Les rapports médicaux au dossier, tous établis par les médecins ayant suivi le recourant au Centre H. _____ et à Institution de K. _____ (rapports des 6 novembre 2018, 4 mars, 17 avril, 13 et 20 septembre et 4 octobre 2019 du Dr K.N. _____ ; rapport des 5 mars et 18 décembre 2019 du Centre H. _____ ; bilan cognitif de l'Institution de K. _____ du 10 septembre 2019), sont unanimes quant à l'évolution favorable du recourant.

En définitive, les diagnostics et limitations fonctionnelles restent parfaitement superposables.

b) La mise en œuvre d'une évaluation professionnelle auprès de l'A. _____ a effectivement débouché sur l'observation d'une certaine lenteur au travail et de difficultés cognitives (rapport du 8 décembre 2022, pp. 5-7 et 12-13 ; cf. aussi note d'entretien du 2 décembre 2022). Il convient ici de mentionner que l'observation professionnelle en question a non seulement été encadrée par les maîtres sociaux-professionnels, mais également par le Dr A.M. _____, spécialiste en médecine interne générale, et par une psychologue du travail. Les intervenants de l'A. _____ ont estimé qu'il persistait un certain degré d'héminégligence gauche, qui se traduisait d'ailleurs dans les manœuvres de conduite, mais qui n'avait pas posé de problème réel en situation écologique de travail. Mentionnant un arrêt de travail douteux ou des départs impromptus (cf. courrier électronique du 25 octobre 2022 de l'A. _____ à l'intimé ; note d'entretien entre l'A. _____ et l'intimé du 2 décembre 2022), ils ont également fait savoir que, sur le plan comportemental, le recourant était « *assez désinhibé au niveau psychosocial* », qu'il présentait des troubles

exécutifs caractérisés par des problématiques d'organisation, d'attention, de concentration, de dispersion et de fatigabilité (ibid., p. 12). Si l'A._____ admet que les problèmes d'organisation, de planification ainsi que les comportements de désinhibition psychosociale peuvent s'intégrer dans la symptomatologie induite par un syndrome dysexécutif, il relève néanmoins qu'il existait « *très certainement également dans la personnalité initiale (préexistante à l'AVC) [du recourant] une certaine forme de désinvolture.* » Ainsi, les maîtres sociaux professionnels ont observé des absences régulières du poste de travail, une dissipation concrétisée par des communications personnelles pendant le travail et la consommation de médias (musique, vidéo) (ibid., p. 9). Il n'en reste pas moins que, bien encadré, le recourant a largement démontré dans des activités de helpdesk « *sa pleine capacité à se corriger et à accomplir tous les exercices avec un bon comportement (questions posées à bon escient), une bonne qualité ainsi qu'un rendement dans la norme* », la « *possibilité d'exploiter ce genre d'activité [étant] démontrée, cela pour autant que quelqu'un puisse le suivre activement et répondre à toutes ses questions* » (ibid., p. 12). Il faut encore relever que l'A._____ avait pu corrélérer la baisse de rendement à des problématiques psychosociales, ainsi, dans le cadre des ateliers, les maîtres sociaux professionnels ont observé ce qui suit (ibid., p. 10) :

« Ce qu'il a réalisé en DAR [dessin d'architecture] était nouveau pour lui, mais nous avons observé que, malgré cela, son rythme de travail est resté assez lent par rapport à la moyenne. Après une période d'environ une heure de concentration, il a besoin de faire une pause pour, nous a-t-il expliqué, relâcher la pression. Dans ces moments, il quitte la section pour se rendre à l'extérieur se détendre, marcher et fumer. Il profite aussi de ces pauses pour passer des appels téléphoniques. À plusieurs reprises au retour des pauses nous constatons une difficulté de concentration et les yeux rouges. Nous avons aussi noté qu'il passait passablement de temps sur son mobile lorsqu'il était en section et que son attention était ainsi partagée entre son activité sur l'ordinateur et les ressources consultées sur son mobile. Toutes ces pauses et le temps passé sur son mobile en section affectent grandement son rendement, que nous avons pu estimer à environ 50 - 60 %.

Cette problématique liée aux pauses a également été relevée par la psychologue de l'A._____, l'attention du recourant diminuant au retour des interruptions du travail (ibid., pp. 6-8) alors que l'on devrait

pouvoir au contraire attendre une attention et concentration améliorée au retour des pauses.

c) Sur la base des observations professionnelles de l'A._____, validées par le médecin conseil de cette institution, et du rapport du Dr K.N._____ du 30 mai 2022, le SMR a estimé dans sa prise de position du 13 janvier 2023, qu'il y avait peu d'explications probantes, plausibles, concernant l'absentéisme en début de stage, que l'assuré passait passablement de temps sur son téléphone mobile, ce qui était pris en compte dans le calcul du rendement, qu'il n'existait aucun indice que le rendement était affecté par une cause organique ou psychique, mais plutôt par un comportement dû à une personnalité préexistante ou à une implication suboptimale. En conséquence, le SMR en concluait que rien ne permettait d'objectiver les plaintes de l'assuré ou de retenir une dépendance au cannabis qui, le cas échéant, ne permettrait pas à l'assuré de s'abstenir de toute consommation au moins durant les périodes de stage ou d'évaluation médicale. A contrario, le recourant n'a fourni aucun élément médical permettant de remettre en cause non seulement les observations de l'A._____, mais surtout l'absence d'évolution de son état de santé tel qu'évalué par son propre médecin traitant dans son dernier rapport du 30 mai 2022 (cf. consid. 7a ci-dessus), étant souligné que ce dernier a relevé que l'évolution depuis la dernière évaluation effectuée en 2019 était globalement stable avec des difficultés dans les mêmes fonctions cognitives.

Il convient de rappeler que les facteurs psychosociaux énumérés ci-avant (désinvolture, problématique familiale, etc.) à l'origine de la baisse de rendement ne reposent pas sur une cause médicale. De tels facteurs non médicaux, qui contribuent également à la baisse de rendement observée, constituent des circonstances non invalidantes et donc non assurées par l'assurance-invalidité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1 et 3.4.2.1 ; TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 ; 8C_559/2019 du 20 janvier 2020 consid. 3.2).

Il y a lieu de considérer que le SMR a dûment analysé les différents rapports au dossier et constaté l'absence d'aggravation de l'état de santé du recourant sur la seule base de ceux-ci, lesquels ne sont pas remis en cause. A la lumière de ces éléments, il y a donc lieu d'admettre que l'appréciation du SMR apparaît cohérente et convaincante et que l'instruction est complète.

d) Aussi, la situation médicale du recourant ne s'est pas notablement aggravée entre la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision du 19 mars 2021 accordant une rente limitée dans le temps, et la décision litigieuse du 27 janvier 2023, si bien que le recours doit être rejeté.

e) L'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires telle l'expertise requise par la partie recourante. Celle-ci n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écarté par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

8. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code

fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 27 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'Y. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :