

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 septembre 2024

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Gauron-Carlin, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat à  
Monthey,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 21 al. 4 LPGA ; 4 al. 1, 7 à 7b, 8 al. 1, 28, 29  
LAI**

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

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été victime d'un accident de voiture à haute cinétique le [...] 2015. Ejecté du véhicule dont il était passager, il a subi de multiples blessures, en particulier un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré, une minime hémorragie sous-arachnoïdienne du cervelet, des plaies du scalp et du visage, une plaie à la jambe gauche ainsi qu'une contusion pulmonaire gauche. Il est resté hospitalisé jusqu'au [...] 2015. Le conducteur du véhicule, ami de l'assuré, est décédé dans l'accident (cf. rapport du [...] 2015 du service [...] de l'Hôpital [...]). Apprenti serrurier, l'assuré était couvert pour le risque d'accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles par la P.\_\_\_\_\_, laquelle a pris en charge le cas.

L'accident a entraîné une incapacité de travail complète jusqu'au 15 novembre 2015. L'assuré a ensuite repris son apprentissage de serrurier à 50 % dès le 16 novembre 2015, puis à 100 % dès le 18 janvier 2016. Son employeur a cependant signalé à la P.\_\_\_\_\_ qu'il avait manqué le travail et les cours à répétitions reprises dans le courant du mois de mars 2016 et vu ses résultats chuter (cf. notices téléphoniques des 9 mars et 14 avril 2016). L'employeur a ensuite annoncé une rechute le 18 janvier 2017 et un rapport établi le 15 janvier 2017 par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a été produit, dont il ressort que, depuis l'accident, le patient avait récupéré progressivement sur le plan physique mais présentait actuellement toujours des douleurs au dos, à la tête et au membre inférieur droit. Sur le plan psychique en revanche, l'intéressé avait développé un épisode dépressif ainsi que des éléments d'un syndrome post-traumatique, ce qui avait conduit à l'arrêt de son apprentissage. Dans un rapport du 12 février 2017, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle en raison de son état psychique mais que son patient n'acceptait pas de consulter un psychothérapeute de manière régulière. Ce médecin a ensuite établi un certificat médical le 15 mars 2017, attestant d'un arrêt

de travail à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> mars 2016 en lien avec l'accident du [...] 2015.

Le 23 mars 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant souffrir depuis 2015 de douleurs lombaires et à la jambe droite, de maux de tête, de dépression et d'insomnie. L'OAI s'est fait remettre une copie du dossier constitué par la P.\_\_\_\_\_.

Répondant le 13 mai 2017 à un questionnaire de l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a exposé que son patient n'avait pas pu continuer son apprentissage en raison de son état de santé et qu'il avait entamé un suivi psychothérapeutique. L'assuré n'était pas apte à suivre des mesures d'orientation pour le moment. Renvoyant pour le surplus aux conclusions des psychothérapeutes, le Dr M.\_\_\_\_\_ a joint divers rapports médicaux en lien avec l'accident de 2015, ainsi qu'un rapport établi le 10 avril 2017 à l'attention de la P.\_\_\_\_\_ par la Dre Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, et la psychologue G.\_\_\_\_\_, précisant que le suivi avait débuté en janvier 2017 et concluant à une capacité de travail nulle en raison d'un syndrome de stress post-traumatique développé à la suite de son accident. Les thérapeutes signalaient que le patient avait eu des difficultés à se montrer ponctuel aux rendez-vous au début du suivi.

Dans un rapport adressé le 27 octobre 2017 à la P.\_\_\_\_\_, la Dre Z.\_\_\_\_\_ et la psychologue G.\_\_\_\_\_ ont indiqué que, depuis le début du suivi, l'assuré avait manqué plusieurs entretiens et qu'il n'avait pas repris contact avec leur consultation depuis juin 2017.

Le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la P.\_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 11 janvier 2018. Dans son rapport établi le lendemain, ce médecin a exposé que l'assuré semblait présenter un déconditionnement un peu global, un état de stress post-traumatique au décours, des éléments dépressifs et qu'il fallait

s'assurer que le traumatisme craniocérébral n'avait pas laissé de séquelles. Il préconisait en conséquence l'organisation d'une évaluation stationnaire et multidisciplinaire à la S.\_\_\_\_\_.

L'assuré a séjourné à la S.\_\_\_\_\_ du 10 avril au 9 mai 2018 et les médecins de cet établissement ont déposé un rapport d'évaluation multidisciplinaire le 7 juin 2018. Il en ressort en particulier que l'examen neurologique était normal, de sorte que le TCC pouvait être qualifié de léger, un contrôle à trois mois étant proposé pour le confirmer. Sur le plan neuropsychologique, des troubles cognitifs d'intensité légère, des difficultés mnésiques et attentionnelles, une irritabilité et une impulsivité avaient été constatés si bien qu'une prise en charge neurocomportementale de la gestion de la colère avait été proposée ainsi que des séances de neurofeedback. Aucune prise en charge supplémentaire n'était préconisée à la sortie. Du point de vue psychiatrique, le spécialiste retenait un trouble de l'adaptation avec des symptômes de type syndrome de stress post-traumatique (PTSD) ainsi que des difficultés secondaires (amotivation, manque d'incitation, ralentissement) possiblement liées à la consommation de cannabis utilisée par l'assuré à visée anxiolytique et hypnotique, ce qui entraînait une diminution de sa capacité de travail de l'ordre de 50 % concernant le rendement. La poursuite d'un suivi psychologique était indiquée, tout comme une aide dans la reprise d'une formation. Sur le plan locomoteur, divers examens par imagerie avaient été effectués, ainsi que de la physiothérapie, ce qui permettait de retenir le diagnostic d'omalgies bilatérales sur déconditionnement global n'entraînant pas de limitation significative. Il fallait ainsi privilégier une rééducation active et un reconditionnement physique. Enfin, une évaluation dans les ateliers professionnels amenait les remarques suivantes :

« Sur le plan professionnel, au cours du séjour, le patient a été évalué dans nos ateliers professionnels. Le patient a parfois adopté une attitude nonchalante et peu adéquate. Lors de la passation des divers tests, il ricane, se montre désinvolte et se plaint de la quantité de travail à fournir. Toutefois, par le biais d'activités suscitant son intérêt, il finit par adhérer au projet en atelier en s'impliquant dans les tâches qu'il réalise.

Une évaluation des capacités fonctionnelles en version courte a été réalisée le 08.05.2018. La volonté de donner le maximum aux différents tests a été insuffisante et le niveau de cohérence pendant l'évaluation a été moyen. Le sujet a interrompu la plupart des tests en raison de l'augmentation des douleurs lombaires avant que le signe d'un effort maximal ait pu être observé. La plainte douloureuse ne semble pas en adéquation avec les constatations faites lors du status locomoteur. Le niveau d'efforts fournis par le sujet au cours de l'évaluation correspond à un niveau d'efforts léger selon le DOT (charge de 5 à 10 kg).

Lorsque le patient trouve du sens à la tâche qui lui est demandée, l'exécution est correcte en qualité et sur la durée. Dans le cas contraire les troubles comportementaux prennent le dessus et la performance est très limitée. Le comportement reste toutefois sécuritaire et une observation sur la place de travail habituelle permettra de mieux juger de la capacité réelle.

En conclusion, nous ne retenons pas de limitation physique majeure empêchant la reprise d'une activité professionnelle.

Les conséquences post-traumatiques cognitives et psychiques nous font conseiller une reprise d'activité à but thérapeutique à 25 % (50 % de rendement sur 50 % de temps) devant évoluer vers une capacité de travail de 50 %.

L'assuré a passé un nouvel examen neurologique à la S.\_\_\_\_\_ le 28 août 2018, lequel a été qualifié de normal si ce n'est une tendance aux saccades réactionnelles lors de mouvements rapides. Diverses modifications de la prise en charge thérapeutique étaient suggérées, tout en confirmant que l'état de santé ne s'opposait pas à une augmentation progressive du taux d'activité à 60 % puis 70 %.

Parallèlement, l'assuré a sollicité la mise en œuvre de mesures de réinsertion professionnelle (cf. courrier du 13 juin 2017 de son mandataire Me Aba Neeman). Un entretien avec le service de réadaptation de l'OAI s'est déroulé le 5 octobre 2017, au cours duquel un stage de bureautique à 50 % au Centre Orif T.\_\_\_\_\_ a été proposé (cf. REA - rapport initial du 7 novembre 2017). L'assuré a confirmé son intérêt après une visite du centre le 13 novembre 2017. Ainsi, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'observation professionnelle sous la forme d'une évaluation professionnelle en bureautique au Centre Orif T.\_\_\_\_\_, au taux de présence de 50 % avec augmentation progressive, du 23 mai au 15 juillet 2018, ainsi que des indemnités journalières (cf. communication du 23 mai 2018 et décision d'indemnités journalières du 18 juin 2018). En cours de mesure, le chef d'équipe et l'éducatrice du centre ont relevé de nombreuses absences, arrivées tardives et périodes de récupération,

entraînant un taux de présence effectif de 38 % qui ne permettait pas d'évaluer objectivement les capacités réelles de l'assuré. Cependant, une prolongation de la mesure jusqu'à la fin de l'année était proposée avec notamment l'objectif de stabiliser le taux de présence et de l'augmenter progressivement jusqu'au taux de 100 % exigé pour entamer un apprentissage avec CFC (cf. rapport intermédiaire du Centre Orif T. \_\_\_\_\_ du 9 juillet 2018), ce que l'OAI a accepté en octroyant une mesure de formation professionnelle initiale sous la forme d'une préformation section bureautique du 13 août au 31 décembre 2018 avec maintien des indemnités journalières (cf. communication du 2 août 2018 et décision d'indemnités journalières du 23 août 2018).

Le Centre Orif T. \_\_\_\_\_ a établi un rapport final le 11 décembre 2018, concluant au non-renouvellement de la mesure. Les objectifs du stage n'avaient pas été atteints, le taux de présence de l'assuré ayant été de 26 % en moyenne, en raison d'absences, de retards répétés et de périodes de récupération supplémentaires. Ce taux était insuffisant pour envisager une formation dans quelque domaine que ce soit. L'état de santé ou les habitudes de vie de l'assuré étaient un frein à sa capacité de travail et les observations faites ne permettaient pas de confirmer une orientation dans le domaine tertiaire. Au vu de ce rapport, le service de réadaptation de l'OAI a mis fin au suivi, dans l'attente d'une réévaluation médicale (cf. REA - Rapport final du 11 décembre 2018).

Le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rempli un questionnaire de l'OAI le 1<sup>er</sup> juillet 2019. Précisant qu'il suivait l'assuré depuis le 4 février 2019, il a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et d'état de stress post-traumatique (F43.1) et a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité.

Dans un avis du 29 août 2019, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a exposé que les diagnostics évoqués dans les rapports obtenus par l'OAI ne permettaient pas de valider une atteinte à la santé incapacitante à quatre ans de l'événement traumatique tandis que

le rôle de la consommation de cannabis dans l'atteinte psychique n'était pas précisé. Le SMR préconisait par conséquent la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire incluant la rhumatologie, la psychiatrie et la neurologie.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de la P.\_\_\_\_\_, a examiné l'assuré le 3 septembre 2019. Dans son rapport du 17 septembre 2019, il a posé les diagnostics de troubles de l'adaptation avec des symptômes de stress post-traumatique (F43.28), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis, syndrome de dépendance, actuellement en abstinence récente (F12.2), ainsi que de traumatisme craniocérébral léger. La capacité de travail de l'assuré « se situait globalement à 50 %, sans plus de précision possible ». Une évolution favorable pouvait être attendue avec le traitement psychiatrique intégré en cours, au vu des discrets signes de diminution progressive du vécu dépressif et du bon niveau de motivation de l'assuré par rapport au traitement psychiatrique et psychothérapeutique et par rapport à une nouvelle tentative de mesures de réinsertion professionnelle. La motivation pour une abstinence de consommation de cannabis était encore très récente et fragile. La situation n'était donc pas encore stabilisée du point de vue psychiatrique. Dans un complément du 14 octobre 2019, le Dr J.\_\_\_\_\_ a précisé qu'une aggravation temporaire de l'état psychique pouvait être admise dès janvier 2019, en lien avec l'échec de son stage et en l'absence de prise en charge psychiatrique. Une incapacité de travail de 100 % pour raisons psychiatriques était en conséquence justifiée du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2019, puis la capacité était à nouveau de 50 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019.

Sur la base de ce rapport, la P.\_\_\_\_\_ a informé l'assuré par courrier du 25 octobre 2019, notamment, qu'elle le considérait apte au travail à 50 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2019 et l'invitait par conséquent à mettre à profit cette capacité de travail. L'assuré ayant fait part de son désaccord avec la capacité de travail ainsi retenue, la P.\_\_\_\_\_ a rendu une décision le 19 décembre 2019, par laquelle elle a reconnu l'assuré

apte au travail à 50 % à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019. L'assuré a formé opposition contre cette décision, puis a recouru contre la décision sur opposition du 31 mars 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Ledit recours a été admis par arrêt du 1<sup>er</sup> décembre 2020 (AA 46/20 - 183/2020), la décision sur opposition étant annulée et la cause renvoyée à la P.\_\_\_\_\_ pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Avec l'opposition et le recours, les pièces médicales suivantes ont été produites :

- Un rapport établi le 20 novembre 2019 par les Drs D.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, médecin assistante auprès du Dr D.\_\_\_\_\_, indiquant qu'au vu du tableau clinique, ils pensaient impossible que leur patient puisse faire les démarches nécessaires pour intégrer le monde du travail de façon autonome, de sorte qu'il était « fondamentalement inapte à travailler à 100 % » mais pouvait participer à des mesures destinées à évaluer sa capacité de travail.
- Un rapport du 14 mai 2020, dans lequel la psychologue V.\_\_\_\_\_ exposait que l'assuré était suivi par elle-même ainsi que par les Drs D.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ depuis juillet 2019, avec pour objectif la diminution des symptômes de stress post-traumatique liés à l'accident de voiture. Le patient était collaborant, demandeur et preneur de la thérapie et sa symptomatologie s'améliorait, mais une instabilité psychique et émotionnelle persistait, le rendant notamment incapable de suivre un rythme journalier et de faire des démarches de réinsertion de façon autonome.
- Une notice psychiatrique rédigée le 4 septembre 2020 par le Dr J.\_\_\_\_\_, relevant qu'il avait précisé et commenté la problématique de consommation de cannabis dans son rapport d'examen du 3 septembre 2019, mais qu'il ne s'était pas prononcé sur l'exigibilité d'une reprise d'activité à 50 % à compter d'octobre 2019. En conséquence, il proposait de participer à l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par l'OAI et a établi une liste de questions à soumettre à l'expert en psychiatrie.

L'OAI a mandaté l'I.\_\_\_\_\_ pour procéder à l'expertise pluridisciplinaire recommandée par le SMR. L'exécution en a été confiée aux Drs F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, auxquels l'OAI a communiqué les questions complémentaires soumises par Me Neeman, ainsi que celles de la P.\_\_\_\_\_. Les experts ont déposé leur rapport d'expertise consensuelle le 17 novembre 2020, ainsi que quatre rapports d'examen spécialisé. Ils ont retenu en particulier ce qui suit :

« 4.2. Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Troubles de l'adaptation avec symptômes post-traumatiques F43.28
- Accident de la voie publique le 13.09.2015 avec : Z91.6
  - TCC léger avec possible minime hémorragie sous-arachnoïdienne de la tente du cervelet
  - Contusion pulmonaire gauche
  - Plaie du scalp et de la commissure labiale droite et du menton
  - Des dermabrasions multiples
  - Un épanchement péri-trochantérien de la hanche droite
- Cervico-lombalgies chroniques, non-spécifiques, d'étiologie indéterminée  
M542, M545

4.3. Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Il n'est pas retenu de limitation fonctionnelle de nature somatique. Du point de vue psychique, les limitations fonctionnelles retenues sont une diminution des capacités d'adaptation aux règles, la capacité d'endurance est diminuée par les troubles du sommeil et l'asthénie occasionnée, il existe une diminution de la capacité à établir des relations avec les autres et à évoluer au sein d'un groupe, diminution des activités spontanées en raison du manque de motivation.

4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

L'irritabilité et l'intolérance aux critiques impactent la capacité de l'assuré à établir des relations interpersonnelles et nécessite un accompagnement structurant mais compréhensif pour la reprise des mesures professionnelles.

4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

L'assuré dispose de ressources résiduelles comme l'arrêt possible de la consommation de cannabis le montre. Concernant les ressources extérieures, l'assuré dispose d'un soutien familial. En revanche, le réseau amical s'est considérablement restreint avec la perte de motivation et la tendance à l'isolement.

#### 4.6. Contrôle de cohérence

Il n'est pas noté d'incohérence.

Les domaines de la vie ne sont pas uniformément limités, Monsieur C.\_\_\_\_\_ conservant des loisirs (baignade, console de jeux) et une vie de famille harmonieuse.

Les mesures professionnelles débutées avec l'AI ont mis en évidence un niveau scolaire permettant d'envisager une formation mais ont échoué à faire reprendre à l'assuré un rythme de vie normale (horaires réguliers, arrêt des jeux sur la console la nuit). Le stage à l'Orif a ainsi été marqué par un absentéisme et un comportement d'intolérance à la critique de l'assuré. Tout en se plaignant des réprimandes reçues du maître de stage, Monsieur C.\_\_\_\_\_ indique qu'il est maintenant prêt à faire un effort pour s'en sortir. Cet effort n'est cependant pas encore clairement perceptible au moment de l'expertise (nécessité d'une sommation pour que Monsieur C.\_\_\_\_\_ se rende à l'ensemble des volets de l'expertise, rendez-vous de rhumatologie qui a dû être reprogrammé).

Les experts considèrent qu'une nouvelle tentative de formation peut être menée en prenant en compte les troubles psychiques encore présents, avec participation si possible du psychiatre traitant, afin de lutter au mieux contre les conduites d'échec de l'expertisé.

#### 4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail est entière.

#### 4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail est entière.

#### 4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Les pathologies somatiques retenues ne sont pas considérées comme incapacitantes.

La pathologie psychiatrique n'est pas en soi incapacitante mais entraîne des difficultés pour l'assuré à se soumettre à des contraintes et à établir des relations, ce qui nécessite un accompagnement dans la reprise d'une formation. Dans ces conditions, la capacité de travail est considérée comme entière après peut être quelques semaines à un taux de 50-70% pour permettre à l'assuré de reprendre un rythme de vie cohérent avec une activité professionnelle diurne.

Notre avis est peu différent de celui des médecins après le séjour à la S.\_\_\_\_\_ d'avril 2018 au décours duquel il était conclu à une capacité de 50% au début pour motif psychiatrique avec les mêmes diagnostics que nous retenons, avec augmentation de la capacité de travail prévue après la consultation d'août 2018 de contrôle, à 60-70%

Le Dr J.\_\_\_\_\_, psychiatre médecin d'arrondissement P.\_\_\_\_\_ mentionnait en septembre 2019 une « capacité de travail de 50% sans précision possible » en se basant sur les conclusions de la S.\_\_\_\_\_ et de l'observation à l'ORIF. Au vu des diagnostics psychiatriques retenus non incapacitants, nous considérons qu'avec un accompagnement l'assuré devrait être en mesure d'atteindre une capacité de travail de 100% dans toute activité.

#### 4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Le traitement psychiatrique intégré doit être poursuivi. Un traitement antidépresseur pourrait également améliorer le tableau clinique. »

Consulté pour avis, le SMR a relevé le 10 décembre 2020 que les expertises étaient claires et convaincantes, avec des anamnèses précises, des status complets, des diagnostics argumentés, la prise en considération des plaintes de l'assuré et des conclusions cohérentes avec les éléments retenus. Il manquait cependant un historique précis concernant la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Réinterrogés, les experts d'I. \_\_\_\_\_ ont répondu comme suit le 22 décembre 2020 :

« La pathologie psychiatrique est à l'origine d'une incapacité de travail totale du premier mars 2016 à mai 2018, puis d'une capacité de travail de 50 % de mai 2018 à novembre 2020. En date de notre expertise, la capacité de travail est estimée entière pour autant que l'activité comprenne un accompagnement à la réinsertion tenant compte des difficultés et limitations psychologiques actuelles. »

Dans son avis du 7 janvier 2021, le SMR a confirmé que les conclusions des experts pouvaient être suivies telles que complétées. Le médecin-conseil de la P. \_\_\_\_\_ s'est également rallié aux conclusions de cette expertise dans ses avis des 12 et 16 février 2021.

Dans un rapport du 20 avril 2021 à l'intention de la P. \_\_\_\_\_, la Dre E. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). La psychiatre traitante notait une évolution très lente, avec des moments de motivation et de volonté chez le patient pour reprendre une hygiène de vie favorable qu'il peinait à maintenir. L'assuré n'était pas en mesure d'entreprendre de façon autonome les démarches nécessaires pour intégrer le monde du travail et il était donc « fondamentalement inapte à travailler à 100 %, mais apte à faire des mesures pour évaluer sa capacité de travail », ce qui devait se dérouler dans un encadrement approprié et avec un soutien pour qu'il ne soit pas seul avec l'employeur.

Estimant que le rapport de la psychiatre traitante précité ne permettait pas d'admettre une incapacité de travail sur le plan psychiatrique et compte tenu des conclusions de l'expertise consensuelle du 17 novembre 2020, le Dr J. \_\_\_\_\_ a conclu dans son avis du 21 avril

2021 qu'une capacité de travail entière dans l'activité habituelle était exigible au 1<sup>er</sup> mai 2021, compte tenu de la phase de transition évoquée par l'expert psychiatre et « pour ne pas statuer rétroactivement ».

Le Service de réadaptation de l'OAI a convoqué l'assuré le 28 mai 2021 en vue d'évaluer sa situation. Un bilan a alors été établi et l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'entraînement progressif auprès du Y.\_\_\_\_\_, du 14 juin au 17 septembre 2021, avec un taux de présence de 50 % à augmenter afin d'atteindre 100 % d'ici la fin de la mesure, avec versement d'indemnités journalières (cf. communication du 8 juin 2021 et décision d'indemnités journalières du 9 juin 2021). A l'issue de cette première période, malgré les difficultés de l'assuré à se montrer ponctuel, il a été décidé de prolonger la mesure avec un taux de présence de 70 % à augmenter jusqu'à 100 % jusqu'au 31 décembre 2021 (cf. rapport de REA - Proposition/Bilan de mesure du 21 septembre 2021, communication du 21 septembre 2021 et décision d'indemnités journalières du 23 septembre 2021).

En raison des retards répétés de l'assuré à l'atelier, que ce dernier mettait en lien avec son atteinte à la santé, l'OAI a interrogé le SMR. Le 8 octobre 2021, la permanence du SMR a indiqué qu'il n'y avait pas d'élément au niveau médical pouvant expliquer ces retards et absences ; il s'agissait par conséquent, si cette problématique ne s'améliorait pas, de sommer l'intéressé. Au terme de la mesure, il a été constaté que l'assuré avait réussi à atteindre un taux de présence régulier de 80 % ainsi qu'à diminuer ses arrivées tardives et qu'il participait pleinement aux différentes tâches confiées (cf. rapport final du Y.\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2021). L'OAI a dès lors octroyé à l'assuré une mesure de formation professionnelle initiale préparant à la formation d'employé de commerce CFC, toujours auprès du Y.\_\_\_\_\_, du 27 décembre 2021 au 31 juillet 2022 au taux de présence de 100 % (cf. communication du 23 décembre 2021 et décision d'indemnités journalières du 3 janvier 2022).

Répondant le 6 janvier 2022 à un questionnaire de l'OAI, la Dre E.\_\_\_\_\_ a confirmé que son patient était totalement inapte à

travailler à 100 % car incapable d'entreprendre de manière autonome les démarches nécessaires pour intégrer le monde du travail, mais qu'il était apte pour des mesures professionnelles. Un suivi EMDR avec une psychologue, interrompu en raison de l'épidémie de Covid-19, serait prochainement repris en lien avec les cauchemars persistants depuis l'accident, étant précisé que les troubles du sommeil étaient la cause de réveils difficiles. Une augmentation de la motivation et de la confiance en soi était observable depuis le début de la mesure professionnelle. Le maintien d'un encadrement de ce type, ainsi que de la psychothérapie, était encore nécessaire.

Le 2 février 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle, par la prise en charge des frais d'un test Multicheck pour employé de commerce le 16 février 2022.

Le 10 mars 2022, le Y. \_\_\_\_\_ a adressé à l'assuré un rappel des consignes relatives à l'annonce d'absence, dès lors que l'intéressé n'avait encore fourni aucun certificat médical alors qu'il était absent depuis le 7 mars 2022. L'assuré a répondu par courriel du 14 mars 2022 qu'il n'avait pas encore réussi à prendre rendez-vous avec son médecin, contacté après réception d'un test PCR négatif.

Le 17 mars 2022, l'OAI a adressé un courrier recommandé à l'assuré lui demandant de reprendre la mesure selon l'horaire habituel dès le 21 mars 2022 et de confirmer sa présence et son souhait de poursuivre ladite mesure, en l'avisant qu'une réponse négative ou l'absence de réponse entraînerait l'interruption de celle-ci et l'évaluation de son taux d'invalidité en tenant compte des gains qu'il aurait été en mesure de réaliser après avoir effectué la formation proposée. Il était relevé que, dès le début de la mesure actuelle, l'assuré avait été « passablement absent » sans en informer ses référents par la remise de certificats malgré de nombreux rappels et recadrages, d'avoir suivi un stage en entreprise d'une semaine en février 2022 dans un domaine d'activité sans rapport avec la formation proposée et sans en avoir informé les responsables de sa mesure, de ne pas s'être présenté au test Multicheck financé par l'OAI

et d'avoir à nouveau manqué le travail depuis le 7 mars 2023 en fournissant tardivement un certificat médical échéant le 16 mars 2021.

Le 18 mars 2022, l'assuré a communiqué au Y.\_\_\_\_\_ les résultats du test Multicheck passé le 26 février 2022, montrant des compétences insuffisantes dans la plupart des compétences testées.

Par courrier du 5 avril 2022, le Y.\_\_\_\_\_ informé l'assuré qu'il était mis fin à sa mesure avec effet immédiat, au motif qu'il avait obtenu un congé du 28 au 31 mars 2022 pour un stage inexistant et qu'il ne s'était pas présenté à son poste de travail le 5 avril 2022 sans explications. Dans un courriel du même jour à l'OAI, la responsable du Y.\_\_\_\_\_ relatait que l'assuré avait prétendu qu'il participait à un stage en vue de décrocher une place d'apprentissage en fournissant de fausses coordonnées pour le responsable de stage, tandis que l'entreprise en question n'avait pas confirmé l'engagement de stagiaires. L'assuré a par la suite produit un certificat médical établi le 6 avril 2022 par la Dre E.\_\_\_\_\_, attestant d'une incapacité de travail à 100 % du 4 au 8 avril 2022.

Le 22 avril 2022, la permanence du SMR a relevé que, d'après l'expertise, un trouble de la personnalité dépendante ne pouvait pas être retenu et que l'assuré présentait une capacité de travail de 80 à 100 % pour une mesure, sans parvenir à l'atteindre, de sorte qu'il fallait clore le dossier.

Le 25 avril 2022, l'assuré a repris contact par courriel avec l'OAI pour expliquer qu'il souffrait de crises d'angoisses depuis deux semaines, qu'il était conscient de ne pas avoir atteint les objectifs de la mesure mais qu'il espérait pouvoir reprendre celle-ci car il était proche des objectifs posés. L'OAI a ainsi convoqué l'assuré pour une rencontre au Y.\_\_\_\_\_ le 6 mai 2022. A l'issue de cette séance, il a été convenu que la mesure pourrait reprendre dès le 9 mai 2022 et une sommation écrite a été adressée à l'assuré le 10 mai 2022, afin de lui rappeler qu'il avait confirmé son implication dans la suite de la mesure et qu'en cas de

nouvelles absences fréquentes ou non annoncées, il serait mis un terme à l'accompagnement sans nouvel avertissement et un projet de décision serait notifié.

La suite de la mesure s'est déroulée de manière adéquate, l'assuré se montrant intéressé, appliqué et investi (cf. rapport intermédiaire du Y.\_\_\_\_\_ du 20 juin 2022). Il a réalisé un nouveau Multicheck le 18 mai 2022 avec de meilleurs résultats et des démarches ont été entreprises en vue d'un engagement pour un apprentissage d'employé de commerce, lesquelles ont débouché sur la conclusion d'un contrat d'apprentissage avec N.\_\_\_\_\_, pour une formation en trois ans débutant le 1<sup>er</sup> août 2022 dont la première année serait rémunérée exclusivement par l'OAI. Ainsi, le 12 septembre 2022, l'OAI a octroyé une mesure de formation professionnelle initiale du 1<sup>er</sup> août 2022 au 31 juillet 2025 au taux de présence de 100 %, avec des indemnités journalières durant la même période en précisant qu'il n'y avait pas de salaire à déduire pour la première année, ainsi qu'une mesure sous forme de prestation de job coaching auprès du Y.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> août 2022 au 31 juillet 2023 (cf. communication du 12 septembre 2022 et décisions d'indemnités journalières du 13 septembre 2022). Des cours de soutien en allemand du 31 octobre 2022 au 31 janvier 2023 ont également été financés (cf. communication du 1<sup>er</sup> novembre 2022).

Le 27 décembre 2022, l'employeur a adressé un avertissement à l'assuré, en raison d'absences répétées et injustifiées, tant sur le lieu de travail qu'aux cours, ainsi que d'un manque de ponctualité, malgré diverses observations orales. L'intéressé était en outre prié d'organiser ses rendez-vous médicaux en dehors des heures d'ouverture. Des rendez-vous de coaching et des cours d'allemand ayant aussi été manqués, l'OAI a organisé une rencontre de réseau le 25 janvier 2023, à laquelle l'assuré ne s'est pas présenté. L'OAI lui a par conséquent adressé un nouvel avertissement. Cependant, N.\_\_\_\_\_ a mis fin au contrat d'apprentissage par courrier du même jour, sur le constat que l'assuré n'avait pas pris les mesures nécessaires pour améliorer sa présence au travail malgré l'avertissement du 27 décembre 2022.

Au cours de sa permanence du 25 janvier 2023, le SMR a maintenu que l'état de santé psychique de l'assuré ne justifiait pas ses absences sur son lieu de travail et que la capacité de travail était de 80 à 100 %. Il fallait en conséquence clore le mandat avec un refus de prestations.

L'assuré s'est présenté à un entretien avec le conseiller de l'OAI en charge du suivi de réadaptation le 3 février 2023. Il a indiqué se sentir très mal et expliqué les absences et retards reprochés par le fait qu'il n'arrivait pas à se lever en raison d'angoisses. Il n'avait repris contact avec aucun intervenant des mesures et avait également manqué divers rendez-vous avec sa thérapeute. Il a ainsi été informé de la clôture de son dossier et de la prochaine notification d'un projet de décision (cf. note d'entretien du 3 février 2023). Le Service de réadaptation de l'OAI a établi un rapport final le même jour, concluant à un degré d'invalidité nul dès lors que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle d'employé de commerce CFC, celle-ci étant par ailleurs une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré.

Le 6 février 2023, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision rejetant la demande de prestations en raison du manque de collaboration aux mesures professionnelles.

Par courrier de son conseil du 9 mars 2023, complété le 11 mai 2023, l'assuré a déclaré s'opposer au projet de décision en se prévalant d'une attestation du 11 mai 2023, dans laquelle la Dre E. \_\_\_\_\_ exposait qu'il avait démontré une bonne volonté de réussir dans son projet de formation et fourni des efforts considérables, mais qu'il avait été confronté à ses limites, entraînant une exacerbation des symptômes dépressifs et anxieux ainsi que le recours à l'évitement et à la fuite comme moyen de protection face à une souffrance trop importante. La psychothérapie se poursuivait et le patient montrait une bonne volonté d'évoluer.

Réinterrogée par le SMR, la Dre E.\_\_\_\_\_ a répondu le 6 septembre 2023 qu'entre janvier 2022 et mai 2023, elle avait vu l'assuré deux à quatre fois par mois ainsi que lors d'entretiens ponctuels. Le stress post-traumatique avait diminué en intensité, mais certains symptômes persistaient, en particulier des cauchemars venant s'ajouter à un trouble du sommeil chronique. Il y avait des épisodes dépressifs d'intensité moyenne sur un fond dépressif et anxieux permanent. Le patient devait fournir d'importants efforts pour lutter contre ses réflexes d'évitement, ce qui laissait peu de place pour le travail, les cours et les autres activités. L'investissement dans la thérapie s'était amélioré au cours des années et avait permis l'acquisition de stratégies, une amélioration de l'humeur avec augmentation de la motivation, de la volonté d'autonomisation. Actuellement, l'assuré présentait un épisode dépressif moyen, avec les limitations fonctionnelles suivantes : fatigabilité accrue, périodes de somnolence diurne, difficulté de concentration, difficulté dans les tâches quotidiennes, difficulté d'entamer et de mener un projet à terme, difficulté d'adaptation aux routines, peine à prendre des décisions, peine à être proactif, peine à se prendre en charge, difficulté d'endurance et de résistance, repli sur soi, difficulté dans la relation privilégiée à deux. Les symptômes s'étaient installés progressivement depuis avril-mai 2022 et s'étaient aggravés dès février-mars 2023. Le patient n'acceptait pas encore de traitement médicamenteux mais y réfléchissait.

Prenant connaissance de ce rapport, le SMR a émis l'avis suivant le 6 octobre 2023 :

« Discussion

Il s'agit de déterminer l'évolution des troubles depuis l'expertise de 2020 que nous avons estimée convaincante. Pour mémoire le Dr Q.\_\_\_\_\_, expert psychiatre, avait retenu des troubles de l'adaptation avec symptômes post-traumatiques. La [capacité de travail] était totale avec l'aide d'un accompagnement. Nous notons que l'assuré a pu suivre les mesures à 50 % puis 80 % avec de bons résultats y compris concernant le rendement et que les seuls problèmes consistaient en des retards et des absences injustifiées. La psychiatre les met sur le compte d'une recrudescence des symptômes depuis son embauche chez N.\_\_\_\_\_ en septembre 2022 mais nous lisons dans les rapports du centre que cet absentéisme et ces retards posent problème depuis le début des mesures. Il avait le même comportement en janvier 2022 période à laquelle la psychiatre évoquait un trouble dépressif récurrent avec

épisode actuel léger et estimait la [capacité de travail] de 80 à 100 % dans une mesure adaptée. Son comportement a d'ailleurs fait l'objet d'une sommation en mars puis en mai 2022 donc bien avant septembre 2022. Paradoxalement la psychiatre évoque une amélioration lente mais positive dans son attestation et le dernier [rapport médical] mais souligne une exacerbation des symptômes. A la relecture des éléments médicaux psychiatriques, dont l'expertise, nous constatons que la journée décrite par la Dre E.\_\_\_\_\_ est superposable à celle rapportée par l'expert. Il en est de même des symptômes notamment post traumatiques qui n'avaient pas permis à l'expert de retenir un état de stress post traumatique constitué ni une modification durable de la personnalité. La psychiatre n'indique pas l'existence d'une ré-activation du trauma qui aurait pu décompenser les symptômes en trouble. Le status fourni dans le dernier [rapport médical] est superposable à celui rapporté par le Dr Q.\_\_\_\_\_, expert. Dans ces conditions l'assuré ne rend pas vraisemblable une aggravation depuis l'expertise et nous concluons dans le sens de maintien du projet. »

Par décision du 6 octobre 2023, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de la décision, se référant à l'avis du SMR précité, l'OAI a indiqué que les éléments fournis avec la contestation ne remettaient pas en doute le bien-fondé de sa position.

**B.** Toujours représenté par Me Aba Neeman, C.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 9 novembre 2023, concluant à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée afin qu'elle poursuive les mesures de réadaptation professionnelle, subsidiairement pour qu'elle complète l'instruction avec la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. S'appuyant sur les rapports établis les 11 mai et 6 septembre 2023 par la Dre E.\_\_\_\_\_, il a exposé que l'intimé avait retenu à tort un manque de collaboration et aurait dû mettre en œuvre une expertise complémentaire pour réévaluer sa capacité de travail ou déterminer les mesures à envisager pour qu'il puisse s'intégrer dans le monde professionnel au vu de ses troubles psychiques. Il se plaignait par ailleurs d'une violation du droit d'être entendu, en raison d'une motivation insuffisante de la décision.

Le recourant a retiré la requête d'assistance judiciaire incluse dans son recours par courrier du 18 décembre 2023.

Répondant le 19 février 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours en exposant que la décision litigieuse avait mis fin aux mesures professionnelles en raison d'un manque répété de collaboration, après deux sommations datées des 17 mars et 10 mai 2022. Il renvoyait pour le surplus au rapport final du Service de réadaptation du 3 février 2023 ainsi qu'aux différentes analyses du SMR.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était en droit de rejeter la demande de prestations du recourant en raison d'un manque de collaboration, singulièrement de ne pas poursuivre les mesures professionnelles et de nier le droit à une rente.

**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<sup>er</sup>

janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Cependant, il est prévu à la let. b des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 que, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la quotité de la rente ne change pas tant que leur taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (al. 1). La quotité de la rente reste également inchangée après une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA si l'application du nouvel art. 28b LAI se traduit par une baisse de la rente en cas d'augmentation du taux d'invalidité ou par une augmentation de la rente en cas de réduction (al. 2). Enfin, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui n'avaient pas encore 30 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, la réglementation relative au droit à la rente conformément au nouvel art. 28b LAI s'applique au plus tard dix ans après ladite entrée en vigueur. En cas de baisse du montant de la rente par rapport au montant versé jusque-là, l'ancien montant continue d'être versé tant que le taux d'invalidité ne subit pas de modification au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (al. 3).

**b)** En l'occurrence, le recourant a déposé sa demande de prestations en mai 2017, pour des atteintes à la santé qu'il mettait en lien avec un grave accident de la circulation routière survenu en 2015. Sans formation professionnelle aboutie, il a bénéficié de mesures de réadaptation entre mai et décembre 2018, interrompues afin de

poursuivre les investigations médicales, puis à nouveau dès juin 2021 jusqu'à la rupture du contrat d'apprentissage signifiée par l'employeur le 25 janvier 2023. Compte tenu de cette chronologie, le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 est applicable sous réserve d'une modification du taux d'invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**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)** En vertu de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> LAI précise que le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable et que la détermination des mesures tient notamment compte de l'âge de l'assuré (let. a), de son niveau de développement (let. b), de ses aptitudes (let. c) et de la durée probable de la vie active (let. d).

**c)** 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**5. 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 d'une 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, des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle au sens de l'art. 14a LAI (let. b) et des mesures d'ordre professionnel définies aux art. 15 à 18 et 18b LAI (let. 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.

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. La décision de réduire ou de refuser des prestations doit tenir compte de toutes les circonstances, en particulier de la gravité de la faute de l'assuré (art. 7b al. 3 LAI).

**6. a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

**b)** 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).

**c)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe 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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical,

il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**7. a)** Par sa décision du 6 octobre 2023, l'intimé a rejeté la demande de prestation au motif que le recourant n'avait pas collaboré à une mesure d'ordre professionnel.

Dans la motivation de sa décision, l'intimé a relevé que le recourant avait été averti des conséquences d'un refus de coopérer le 10 mai 2022, en lien avec ses absences injustifiées et son manque de ponctualité durant la mesure de préparation à la formation initiale. L'intéressé avait alors adapté son comportement et montré une évolution favorable, amélioration qu'il avait maintenue dans les premiers mois de son apprentissage. Des manquements de même nature avaient cependant amené l'employeur à émettre un avertissement en décembre 2022 puis à résilier le contrat d'apprentissage le 25 janvier 2023. L'intimé a précisé, en réponse aux objections émises par l'assuré à l'encontre du projet de décision, que celle-ci reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique.

**b)** Il est constant que la mesure de formation initiale octroyée par l'intimé dès le 1<sup>er</sup> août 2022 a pris fin prématurément parce que les absences et retards répétés de l'assuré ont amené l'employeur à rompre le contrat d'apprentissage, alors que de tels reproches avaient déjà fait l'objet de recadrages durant les précédentes mesures et d'un avertissement de l'intimé en mai 2022.

Il convient cependant de rappeler, en premier lieu, qu'un refus ou une réduction de prestations en vertu de l'art. 21 al. 4 LPGA suppose nécessairement qu'une mesure a été concrètement mise en œuvre. La sanction n'est ainsi pas applicable aussi longtemps qu'une mesure n'a pas été ordonnée, avec pour corollaire qu'entretemps, le droit à une rente peut naître aux conditions des art. 28 et 29 LAI (cf. Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève-Zurich-Bâle 2018, n. 5 ad art. 7b LAI). Un avertissement préalable avec un délai adéquat pour se conformer aux attentes ou pour contester l'adéquation de la mesure étant requis, le refus ou la réduction de prestations en vertu de l'art. 21 al. 4 LPGA implique, par définition, une sanction pour l'avenir et non pour d'éventuelles prestations déjà échues.

Certes, après le séjour à la S. \_\_\_\_\_ durant lequel les médecins avaient attesté d'une capacité de travail de 50 % nécessitant de débiter par une activité à but thérapeutique progressive, un suivi de réadaptation ouvert en 2017 a été concrétisé par la mise en œuvre d'une mesure en mai 2018. Cette mesure avait été interrompue après quelques mois en raison du manque d'assiduité du recourant, mais celui-ci n'avait alors reçu aucun avertissement et l'intimé avait poursuivi les investigations sur le plan médical. Après dites investigations, l'intimé a entrepris un suivi de réadaptation du recourant au printemps 2021. L'intéressé a été convoqué le 28 mai 2021 pour un bilan, puis une mesure de réentraînement progressif a débuté le 14 juin 2021, suivie dès décembre 2021 d'une mesure de préparation à la formation initiale. Quand bien même l'assiduité du recourant durant cette seconde mesure n'a pas été optimale, nécessitant divers recadrages puis un avertissement formel en mai 2022, il n'en demeure pas moins qu'elle s'est achevée avec succès en juillet 2022 et qu'une mesure de formation initiale a été mise en place dès le 1<sup>er</sup> août 2022, prévue pour durer trois ans. Ce n'est qu'au cours de cette troisième mesure que les manquements du recourant sont réapparus et ont eu pour conséquence l'interruption précoce de la formation initiale. Il en découle que les manquements reprochés au recourant dans la décision du 6 octobre 2023 concernent exclusivement l'échec en janvier 2023 de la mesure débutée en août 2022. En

conséquence, seules les prestations auxquelles il pourrait prétendre dès janvier 2023 peuvent être restreintes ou supprimées en vertu de l'art. 21 al. 4 LPGA, non les prestations antérieures.

Or, dans la décision litigieuse, l'intimé a fait valoir que l'instruction de la demande de prestations avait été complète sur le plan médical en se référant à l'avis SMR du 6 octobre 2023. Dans cet avis, le SMR s'est pour sa part fondé sur l'expertise pluridisciplinaire rendue le 17 novembre 2020 par les spécialistes d'l.\_\_\_\_\_ et le complément du 22 décembre 2020. En se ralliant aux conclusions des experts d'l.\_\_\_\_\_, l'intimé a implicitement admis que le recourant a présenté une incapacité de travail totale de mars 2016 à mai 2018, puis une incapacité de travail de 50 % jusqu'en novembre 2020, date à partir de laquelle la capacité de travail devait être considérée comme entière pour autant que l'activité comprenne un accompagnement à la réinsertion. Compte tenu du dépôt de la demande de prestations en mars 2017 et de l'incapacité de travail totale admise par l'intimé dès mars 2016, puis de 50 % dans toute activité dès mai 2018, il est manifeste qu'un droit à la rente a pu prendre naissance dans le courant de l'année 2017 conformément aux art. 28 et 29 LAI.

Ainsi, pour ce motif déjà, l'intimé ne pouvait pas purement et simplement rejeter la demande de prestations du recourant déposée en mars 2017. La question du droit à la rente antérieur à janvier 2023 devait être investiguée et tranchée nonobstant l'échec de la mesure débutée en août 2022.

**c)** En second lieu, il convient de souligner que l'application de l'art. 21 al. 4 LPGA implique encore que la mesure soit exigible. Il s'agit en particulier de s'assurer que la mesure ordonnée est adaptée à l'état de santé de l'assuré (cf. Valterio, op. cit., n. 4 ad art. 7b LAI).

Comme déjà dit, suivant les avis du SMR, l'intimé s'est rallié aux conclusions des experts d'l.\_\_\_\_\_ pour retenir que le recourant était apte à suivre une mesure professionnelle avec un taux de présence de

100 %, nonobstant les rapports émis ultérieurement par la psychiatre traitante du recourant. Le volet psychiatrique de cette expertise souffre toutefois d'importantes lacunes qui entachent sa valeur probante.

En particulier, l'expert Q.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation sans expliquer de manière détaillée les motifs qui l'ont amené à le retenir. Ce diagnostic était déjà celui retenu par le psychiatre-conseil de la S.\_\_\_\_\_ en 2018, de même que par le psychiatre d'arrondissement de la P.\_\_\_\_\_ en septembre 2019, mais le rapport de la S.\_\_\_\_\_ figurant au dossier de la cause ne comprend qu'un résumé succinct des conclusions du psychiatre-conseil, de sorte que les éléments qui ont amené celui-ci à poser son diagnostic ne sont pas connus. Quant au rapport du psychiatre d'arrondissement de la P.\_\_\_\_\_, la motivation du diagnostic est également laconique. Pourtant, les psychiatres consultés par le recourant en 2017 puis dès 2019 ont pour leur part évoqué d'emblée le diagnostic de syndrome post-traumatique (rapport de la Dre Z.\_\_\_\_\_ et la psychologue G.\_\_\_\_\_ du 10 avril 2017) auquel est venu s'ajouter, selon le Dr D.\_\_\_\_\_, un épisode dépressif moyen (rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2019). La motivation du diagnostic de l'expert psychiatre, qui figure uniquement au ch. 4.1 de l'analyse consensuelle, devait par conséquent inclure une analyse développée de diagnostic différentiel.

On constate également que le Dr Q.\_\_\_\_\_ a observé chez le recourant des traits de la personnalité immature, mais a écrit qu'il ne retenait pas de trouble de la personnalité en raison du jeune âge du recourant ainsi que du manque de renseignements sur son enfance et la période avant l'accident, avant de mettre en lien les difficultés de réinsertion avec « l'attitude de l'expertisé » (ch. 7.1, p. 5 du rapport d'expertise psychiatrique). Cette remarque apparaît particulièrement déconnectée de la réalité du recourant, jeune homme âgé de 21 ans au moment de l'expertise et qui a subi un accident violent quelques jours après son 16<sup>e</sup> anniversaire, soit à un âge clé pour la formation de la personnalité. Il est dans ce contexte particulièrement étonnant que l'expert n'ait pas cherché à obtenir le rapport détaillé du psychiatre-

conseil de la S.\_\_\_\_\_, ni procédé à d'autres investigations pour approfondir l'examen de la personnalité du recourant. Au vu de son parcours difficile depuis cet accident, avec une consommation problématique de cannabis durant plusieurs années et une abstinence déclarée comme récente, il était d'autant plus nécessaire de déterminer si ses traits immatures ne constituent pas déjà un trouble de la personnalité. Si l'hygiène de vie dérégulée du recourant pouvait à la rigueur s'expliquer lorsqu'il consommait quotidiennement du cannabis, ses difficultés à prendre un rythme de vie normal malgré l'abstinence déclarée méritent une investigation plus approfondie, ne serait-ce que pour vérifier si cette abstinence est réelle. Réinterrogé plusieurs fois face aux manquements répétés du recourant dans le cadre des mesures de réadaptation, le SMR a écarté à chaque fois l'hypothèse d'un trouble de la personnalité sur la base de cette conclusion lapidaire du Dr Q.\_\_\_\_\_, mais celui-ci a échoué à déterminer avec certitude si « l'attitude » du recourant est pathologique ou non.

S'agissant de la capacité de travail, l'expert psychiatre d'I.\_\_\_\_\_ a évoqué une capacité « théoriquement entière pour autant que l'activité comprenne un accompagnement à la réinsertion tenant compte des difficultés et limitations psychologiques actuelles ». Dans le complément du 22 décembre 2020, les experts ont repris les incapacités de travail précédemment déterminées par la S.\_\_\_\_\_ en mai 2018 et confirmée en septembre 2019 par le psychiatre d'arrondissement de la P.\_\_\_\_\_. Les experts d'I.\_\_\_\_\_ n'ont cependant pas explicité les motifs qui les ont amenés à considérer que la capacité de travail s'était améliorée entre septembre 2019 et novembre 2020, alors que le status psychique paraît entièrement superposable. On discerne également difficilement la manière dont les différents indicateurs jurisprudentiels ont été pris en compte, tant leur description est lacunaire et éparpillée. Les limitations fonctionnelles d'ordre psychique ne sont en effet pas clairement décrites dans le rapport spécialisé, mais sont rapidement listées dans le rapport d'évaluation consensuel au ch. 4.3 (diminution de la capacité d'adaptation aux règles, diminution de la capacité d'endurance, diminution de la capacité à établir des relations avec les autres et à

évoluer au sein d'un groupe, diminution des activités spontanées ; p. 4 de l'évaluation consensuelle). Dans le rapport d'expertise psychiatrique, sous le titre « [a]ppréciation des capacités, ressources et difficultés », le ch. 7.4 ne mentionne que des difficultés et aucune ressource (p. 5 du rapport d'expertise psychiatrique) :

« 7.4 Appréciation des capacités, ressources et des difficultés

L'isolement social, l'irritabilité et l'intolérance aux critiques impactent sévèrement la sphère relationnelle. Les troubles du sommeil et la fatigue représentent un problème pour le respect de règles simples comme un horaire. Le manque de motivation est un obstacle à l'engagement dans les activités spontanées aussi bien que celle qui serait inscrite dans une occupation professionnelle. »

En revanche, le ch. 4.5 « [é]valuation des ressources et des facteurs de surcharge » de l'évaluation consensuelle mentionne uniquement des ressources, à savoir l'arrêt possible de la consommation de cannabis et le soutien familial, mais aucun facteur de surcharge, si ce n'est une tendance à l'isolement (p. 4 de l'évaluation consensuelle). Ces ressources paraissent particulièrement faibles en regard des difficultés déterminées dans l'expertise psychiatrique et l'on peine à en trouver écho dans l'anamnèse. Comme déjà dit, l'abstinence déclarée au cannabis est récente et n'a pas fait l'objet d'investigations. On observe également que le recourant a donné des indications contradictoires aux experts sur la durée de cette abstinence. Ainsi, l'expert psychiatre a noté que l'arrêt de toute consommation datait de fin 2018 (ch. 3.1, p. 3 du rapport d'expertise psychiatrique). Dans l'expertise de médecine interne toutefois, il est noté dans le compte-rendu d'entretien approfondi que l'arrêt remonte à août 2019 (p. 10 du rapport de médecine interne), de même que dans l'expertise neurologique (p. 3 de l'expertise en neurologie), date qui est également celle retenue par le psychiatre d'arrondissement de la P.\_\_\_\_\_. Une différence aussi importante dans l'anamnèse psychiatrique interpelle. En outre, pour ce qui est du soutien familial, il ressort de l'anamnèse familiale - développée uniquement dans le rapport de médecine interne - que le recourant, fils unique, vivait encore chez ses parents, lesquels assumaient la plus grande partie des tâches ménagères. Les parents ont divorcé peu après l'accident tout en continuant à habiter sous le même toit, tandis qu'un cancer a été diagnostiqué chez la mère

peu après l'accident, nécessitant un traitement sur plusieurs années et laissant des séquelles motivant une demande de prestations de l'assurance-invalidité en cours d'instruction. Pour le surplus, le recourant a déclaré n'avoir aucune relation sentimentale suivie, avoir un réseau amical restreint depuis l'accident et n'a pas mentionné d'autre famille que ses parents. Ces ressources paraissent ainsi très relatives face aux limitations fonctionnelles retenues. Enfin, vu le premier échec des mesures initiées après le séjour à la S.\_\_\_\_\_, il incombait au Dr Q.\_\_\_\_\_ de donner des pistes permettant d'adapter l'accompagnement aux besoins du recourant.

Ainsi, il faut constater que l'expertise d'I.\_\_\_\_\_ présente des lacunes et des contradictions sur le plan psychique qui ne permettent pas de se forger une opinion sur la capacité de travail du recourant et, corollairement, sur le caractère exigible des mesures mises en place par l'intimé.

**d)** Les lacunes de l'expertise d'I.\_\_\_\_\_ ne sont pas comblées par les autres pièces médicales au dossier. Comme déjà dit, l'éventuel rapport spécialisé du psychiatre-conseil de la S.\_\_\_\_\_ ne figure pas au dossier et le rapport du psychiatre d'arrondissement de la P.\_\_\_\_\_ est peu argumenté.

Quant aux rapports établis par les Drs D.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, outre le fait que les rapports des médecins traitants peuvent être influencés par leur relation thérapeutique (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1), ils ne présentent pas non plus les éléments d'analyse permettant de leur attribuer la valeur probante d'une expertise. On peut néanmoins constater que conclusions et observations de la Dre E.\_\_\_\_\_ font écho aux remarques des éducateurs du Y.\_\_\_\_\_, en ce sens que le recourant a pu se montrer motivé pour entreprendre les mesures proposées et fournir des efforts afin de se conformer au cadre imposé, mais que sa motivation s'est à chaque fois progressivement estompée en même temps que son taux de présence a été augmenté. Du reste, même à considérer que l'expertise au

dossier pouvait être suivie, dès lors que celle-ci conditionnait l'exigibilité de la capacité de travail à un accompagnement à la réinsertion, la répétition du même scénario d'échec depuis 2018 devait nécessairement amener à procéder à des investigations complémentaires plutôt qu'à une fin de non-recevoir.

En conséquence, il faut constater que la situation particulièrement complexe du recourant appelle de plus amples investigations sur le plan médical afin de pouvoir déterminer si des mesures sont exigibles et selon quelles modalités.

**e)** L'instruction devant être complétée pour les motifs exposés ci-dessus, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi notamment à l'intimé de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations du recourant.

**8. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

**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<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

**c)** Le recourant 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), qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr., débours et TVA compris, et de mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11

TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 6 octobre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
  
- 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 à C. \_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Aba Neeman (pour C. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :