

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 avril 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Berthoud et Mme Silva, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 6 s., 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en [...]. Dès 1998, il a été placé, avec ses deux frères, en foyers ; il a ainsi vécu au foyer de [...] (1998 à 2001), de [...] (2001 à 2005), de [...] (2005 à 2006), des [...] (2006 à 2007) puis des [...] (2007 à 2010). A l'âge de quinze ans, il a intégré le foyer [...] jusqu'en 2013. De 2013 à 2014, il a été placé au foyer de [...], puis, après son expulsion, a vécu dans le dortoir du [...] avant d'intégrer le foyer [...] en 2014 où il est resté jusqu'en 2015, dernière année de son parcours en foyers. Il a ensuite été hébergé par son frère aîné jusqu'en avril 2017, puis s'est réfugié chez sa mère qui l'aurait menacé de le mettre à la porte après une semaine ; après avoir vécu quelques temps dans la rue, il a intégré le foyer de [...] depuis la mi-juin 2017.

Le 7 juillet 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour mineurs et a bénéficié d'une orientation professionnelle par communication du 1^{er} octobre 2009 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Dans ce cadre, l'intéressé a suivi les mesures suivantes :

- un stage probatoire pratique du 10 mai au 27 mai 2010 au Centre de formation [...] à [...],
- une mesure d'orientation professionnelle (art. 15 LAI) du 9 août 2010 au 6 février 2011 au Centre de formation [...] à [...],
- un stage pratique du 22 au 26 novembre 2010, dans la section bureautique, du Centre [...] de [...],
- une mesure d'observation professionnelle nécessaire (art. 69 RAI) du 3 janvier au 25 mars 2011, dans la section Sibec, du Centre [...] de [...],
- une mesure d'orientation professionnelle (art. 15 LAI) du 26 mars au 8 juillet 2011, dans la section informatique, du Centre [...] de [...] ; cette mesure ne s'est pas concrétisée ensuite par l'attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) en informatique, compte tenu des difficultés rencontrées par l'assuré en raison d'un manque de motivation

(rapport sans synthèse du 23 juin 2011 du directeur du Centre [...] de [...] ; avis du Service médical régional [SMR] de l'assurance-invalidité du 23 août 2011),

- une mesure d'observation professionnelle nécessaire (art. 69 RAI) du 6 août au 2 novembre 2012, en section horticulture, au Centre de formation [...] à [...],
- une formation professionnelle initiale (art. 16 LAI) du 3 novembre 2012 au 31 juillet 2013, en section menuiserie, au Centre de formation [...] à [...], avec l'octroi d'indemnités journalières.

b) Le 27 février 2013, X. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes compte tenu de l'accès à la majorité. Il a indiqué souffrir d'atteintes à la santé psychique.

L'assuré a bénéficié de l'octroi d'une formation initiale AFP d'aide menuisier au Centre de formation [...] à [...], du 1^{er} août 2013 au 31 juillet 2015, et d'indemnités journalières.

Une curatelle de représentation et de gestion a été instituée par la Justice de paix des districts du [...] au terme de sa délibération en séance du [...] avec la nomination de l'Office des curatelles et des tutelles professionnelles (OCTP) à Lausanne comme représentant.

Malgré d'excellents résultats, la formation AFP d'aide menuisier débutée auprès du Centre de formation [...] à [...] a été interrompue le 11 octobre 2014, en raison des problèmes personnels de l'assuré (rapport de synthèse des responsables du centre de formation [...] et communication du 5 novembre 2014 de l'OAI).

Du 5 janvier 2015 au 4 juillet 2015, l'assuré a bénéficié de la prise en charge d'un entraînement progressif (art. 14a LAI) de la part de l'OAI auprès de la Fondation [...] à [...], et d'indemnités journalières. On extrait ce qui suit du rapport final du 4 mai 2015 rédigé par une psychologue à l'OAI :

“Résumé de la situation personnelle du bénéficiaire

Notre assuré a déposé une demande en juillet 2009 afin de bénéficier d'une formation professionnelle initiale rendue nécessaire en raison de ses troubles spécifiques de la personnalité et ses troubles dépressifs récurrents.

Il s'agit d'un jeune homme ayant de très bonnes compétences intellectuelles, mais des difficultés d'organisation, des oublis et des difficultés à rentrer en contact avec les autres. Il gère mal la distance relationnelle.

Sa situation familiale est complexe et ce jeune homme n'a pas de lieu de résidence. Il est actuellement logé au Foyer du [...]. Cette situation familiale est un facteur qui complique les démarches de réadaptation entreprises.

Après une première tentative qui s'est rapidement soldée par un échec dans le cadre du [...], nous avons fait une seconde tentative. Celle-ci s'est bien déroulée dans un premier temps, mais assez rapidement les difficultés usuelles sont réapparues. Ses problèmes envahissent totalement X. _____ et l'empêchent d'assimiler des nouvelles connaissances. Nous avons dû mettre un terme à la mesure à l'automne 2014.

Nous avons ensuite tenté une MR [mesures de réinsertion] dans le cadre des ateliers du [...] sans plus de succès.

Nous sommes donc dans l'obligation de constater que notre assuré n'est actuellement pas en mesure de se réinsérer en raison de ses difficultés relationnelles et cognitives.”

Le 22 septembre 2015, le Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, médecin-associé de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire du CHUV Site d'[...], a répondu comme suit à un questionnaire du SMR :

“1. Quel est le(s) diagnostic(s) précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?

Du point de vue psychiatrique le patient souffre d'un trouble de la personnalité sans précision ayant des répercussions sur sa capacité de travail. A noter que le patient a un suivi auprès d'un dermatologue pour une hypersudation ayant des graves répercussions sur sa capacité de travail.

2. En cas de diagnostic incapacitant, depuis quelle date l'atteinte a-t-elle un caractère incapacitant ?

En raison de ce diagnostic, M. X. _____ peut travailler à 50% mais dans un environnement cadré ; une demande de rente AI est déjà en cours.

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée, et depuis quand ?

Le patient peut travailler à 50% dans une activité adaptée, ce depuis le 01.08.2015.

4. *Si cette dernière ne devait pas être de 100% merci de nous en donner les raisons ?*

M. X._____ présente un tableau psychique dominé par un manque de motivation, un apragmatisme important, un trouble de la concentration, une apathie marquée, une baisse d'estime de soi, un sentiment de dévalorisation ainsi que des troubles du sommeil.

5. *Pourriez-vous détailler l'anamnèse et l'examen clinique actuel ?*

Anamnèse : M. X._____ est le 3^{ème} d'une fratrie de trois frères. Il est né avant terme par voie basse. Sa mère l'a allaité durant l'âge de 4 mois et demi. Il a marché vers l'âge de 15 mois et le langage a débuté en même temps. A l'âge de 21 mois, le patient est placé en foyer avec de nombreux changements de lieu de vie durant son enfance. La propreté est acquise vers 2 ans ½ tout en sachant que M. X._____ a des problèmes d'énurésie jusqu'à l'âge de 12 ans. L'histoire familiale est compliquée de violences entre parents et de notion de polytoxicomanie (les deux parents ont consommé des toxiques). Selon son dossier, M. X._____ présente depuis son enfance des problèmes relationnels et de comportement ainsi que des troubles dépressifs. Les problèmes de comportement se sont accentués à l'adolescence et le patient a bénéficié d'une psychothérapie à compter d'avril 2007. M. X._____ obtient son certificat de 9^{ème} VSO en août 2010. A noter que son maintien dans une classe « normale » a été possible grâce à un encadrement pédagogique qui lui a offert un soutien dans ses apprentissages scolaires de même qu'un encadrement important de la part des éducateurs du foyer dans lequel il vivait.

En août 2010, M. X._____ change de foyer et intègre le foyer [...] à [...] où il débute une préformation qu'il interrompt pour intégrer l' [...]. A l'issue de quelques mois d'observation, il ne peut finalement pas intégrer une formation professionnelle à l'ORIF. En mai 2014, sur conseil du [...], le patient sollicite un suivi psychiatrique auprès de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire d' [...] en raison de difficultés à gérer ses émotions. M. X._____ avait commencé une formation de menuisier au [...] que malheureusement il est obligé d'arrêter en novembre 2014 en raison de troubles de la concentration. En effet, il ne parvenait pas à exécuter les tâches qui lui étaient confiées. Il change également de foyer à cette même période.

Depuis novembre 2014, il est résident au foyer [...] à [...]. Au mois de janvier 2015, il a commencé une formation chez [...] à [...], formation qui a de nouveau été mise en échec car M. X._____ ne parvenait pas à se concentrer. Bien que M. X._____ ne parvienne pas à se concentrer dans son travail, il possède les compétences nécessaires mais se met inconsciemment en échec.

A noter que ses problèmes dermatologiques joue[nt] un rôle très important dans la vie de M. X._____. Durant toute sa vie, M. X._____ a eu des difficultés relationnelles dues à ses

problèmes de hypersudation. Etant dans des foyers, il était rejeté par les autres résidents car il avait un[e] mauvaise odeur ; il était critiqué par les éducateurs des foyers pour une hygiène inadéquate malgré le fait que M. X._____ faisait des efforts allant jusqu'à se laver trois fois par jour sans aucun effet malheureusement. Au vu de son parcours de vie (nombreux changements de foyers et difficultés relationnelles dues à ses problèmes d'hypersudation), M. X._____ a vécu dans l'abandon et l'échec.

Examen clinique : il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, faisant son âge, à la tenue vestimentaire correcte mais à l'hygiène déficitaire en lien avec une hypersudation. Cette hypersudation gêne grandement le patient dans le développement de relations sociales. Le discours est cohérent, parfois interprétatif avec des perceptions modifiées. Le patient rapporte des insomnies et des angoisses concernant son avenir. Il présente parfois une pensée circonstanciée métaphorique qui se traduit par un discours bizarre. M. X._____ a des croyances qui influencent son comportement. Cependant, depuis qu'il a commencé un suivi à l'UPA [...], il est entré dans un programme d'aide et de remédiation cognitives dont il résulte que le patient possède de très bonnes capacités pour avancer dans la vie (QI à 137), mais ce dans un cadre adapté. Des troubles de la concentration objective sont évoqués même par son réseau ; il se met d'ailleurs en échec dans tou[te]s les formations entamées, n'arrivant pas à les suivre jusqu'à la fin.

6. *Quels sont les examens paracliniques effectués ?*
Tests neuropsychologiques.
7. *Quels sont les traitements en cours (et passés), la réponse à ces traitements ainsi que la compliance à ces derniers ?*
A l'heure actuelle, M. X._____ est au bénéfice d'une psychothérapie avec un entretien hebdomadaire. Il reçoit un traitement d'Imovane au coucher en raison de ses difficultés d'endormissement. Par le passé, il a été au bénéfice d'un traitement de Rispidal et d'Abilify qu'il a de lui-même interrompu en raison des effets secondaires. Pour ce qui est de la compliance, on note que le patient assure ses rendez-vous.
8. *Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*
--
9. *Quelles sont les limitations fonctionnelles actuelles d'ordre strictement médical ?*
M. X._____ présente une labilité dans l'investissement ainsi que des troubles de la concentration, une apathie, un manque de motivation, un apragmatisme, une baisse d'estime de soi, un sentiment de dévalorisation, une fatigabilité marquée et des troubles du sommeil."

Le 29 septembre 2016, la Dre G._____, médecin-assistante du Service de dermatologie et vénéréologie au CHUV, a, à son tour, répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI :

- “1. *Un diagnostic précis du point de vue dermatologique a-t-il pu être posé ? Pourriez-vous nous adresser une copie des rapports de consultations ?*
Hyperhidrose axillaire et palmo-plantaire.
2. *En cas de diagnostic incapacitant du point de vue dermatologique : depuis quelle date l'atteinte a-t-elle un caractère incapacitant ?*
Non incapacitant.
- 2a. *Depuis le début de votre suivi, et bien que l'assuré n'ait pas d'activité professionnelle, quelle serait l'évolution de la capacité de travail par rapport aux limitations fonctionnelles présentées ?*
--
- 2b. *Depuis quelles dates (début/fin) ces limitations auraient-elles entraîné une modification de la capacité de travail et à quels taux ?*
--
3. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis le début de votre prise en charge ?*
Persistance hyperhidrose.
4. *Pourriez-vous détailler l'anamnèse et l'examen clinique actuel ?*
Hyperhidrose palmo-plantaire et axillaire.
5. *Quelles sont les limitations fonctionnelles actuelles d'ordre strictement dermatologique ?*
Aucune.
6. *Avez-vous effectué des examens paracliniques ou autres investigations ? Si oui pourriez-vous nous faire parvenir un éventuel compte rendu / rapport ?*
Ø
7. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers, le dosage et les éventuels effets secondaires ?*
Chlorure d'ammonium 20% 1xj., compliant.
8. *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée au problème dermatologique (taux de présence et rendement), et depuis quand ?*
100%
9. *Si cette dernière ne devait pas être de 100%, merci de nous en donner les raisons du point de vue dermatologique.*
Nous suivons le patient depuis déc. 2015 seulement. Veuillez-vous adresser à Dr C. _____ qui l'a suivi de 2010-2013.”

Après avoir requis le point de vue du SMR sur les renseignements médicaux recueillis (avis du 2 novembre 2016), l'OAI a confié une expertise psychiatrique de l'assuré au Professeur F. _____, qui a établi son rapport le 11 août 2017, avec volet neuropsychologique. Cet

expert a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome d'Asperger (F84.5) depuis l'enfance. Il a évalué la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée au trouble neuro-développemental complexe durant six mois, puis à 100 % avec un suivi psychologique continu. Il a expliqué que la réadaptation professionnelle était un défi très difficile et que l'assuré ne présentait pas de comorbidités psychiatriques (troubles psychotiques ou dépressifs, addictions), ce qui était un facteur de bon pronostic. Selon l'expert, il s'agissait d'accompagner l'intéressé de manière constante malgré sa tendance à rompre les liens dans le passage à la vie adulte, et de lui offrir une réadaptation dans un domaine mettant en exergue ses capacités intellectuelles respectant ses difficultés de contact humain, son impossibilité à gérer des changements et une exposition émotionnelle. A moyen terme, la sortie du foyer et le début d'une réadaptation dans un milieu protégé (par exemple, bibliothèque) étaient des objectifs réalistes mais qui nécessiteraient un soutien thérapeutique continu. Le bilan neuropsychologique avait mis en évidence une efficacité intellectuelle située dans les normes supérieures, caractérisée notamment par de très bonnes performances en mémoire de travail. Le profil cognitif était par ailleurs marqué par des fluctuations du niveau attentionnel, une impulsivité et des difficultés d'attention soutenue qui se retrouvaient en particulier lors d'une tâche routinière et peu stimulante. Ces résultats étaient congruents avec les informations récoltées auprès de l'expertisé, notamment dans l'enfance, et pouvaient évoquer la présence d'un trouble de l'attention. Il était toutefois difficile de trancher à ce sujet, en raison de l'absence d'hétéro-anamnèse et dans le contexte d'un éventuel profil haut potentiel, signalé en 2005, mais non retrouvé à ce jour. Il a été noté également la présence de performances limites de cognition sociale, touchant plus particulièrement la reconnaissance d'affects et la théorie de l'esprit.

Aux termes d'un avis médical du 3 octobre 2017, la Dre S._____, du SMR, suivant les constatations et les conclusions du rapport d'expertise précité, a proposé la mise en œuvre d'un entraînement progressif au travail en vue d'atteindre un taux de 100 % dans un délai de

six à douze mois dans une activité ritualisée, privilégiant les aptitudes intellectuelles de l'assuré avec un suivi psychologique continu. Il a été précisé qu'un atelier protégé n'était pas adapté, car contraire aux aptitudes intellectuelles de l'intéressé, et favorisant sa tendance aux réactions dépressives.

Par communication du 29 mars 2018, l'OAI a pris en charge les frais liés à un entraînement progressif au travail effectué auprès de l'[...] à [...], du 12 mars au 11 juin 2018.

Dans un rapport final « REA » rédigé le 13 juillet 2018 par une psychologue à l'OAI, il est écrit qu'après trois mois d'entraînement progressif au travail, l'inaptitude de l'assuré à suivre une mesure, et encore moins celle de se former et de travailler, a été constatée. L'intéressé était volontaire et motivé, agréable, faisait beaucoup d'efforts, mais il ne parvenait pas à gérer ses angoisses, ses difficultés de gestion du quotidien et son humeur labile. Il avait une très bonne capacité d'apprentissage et apprenait rapidement (grâce à un QI de 137 notamment). Toutefois son hypersudation était un problème important à son intégration sociale. De plus, son humeur labile, ses idées de persécution, son comportement fuyant le mettaient dans l'incapacité de suivre une mesure aussi bas seuil. Son taux de présence n'avait pas dépassé le 65 % sur 11h30 par semaine. Jointe par téléphone le 11 juin 2018, la Dre [...], psychiatre traitante au CHUV, a confirmé les importantes limitations et l'incapacité à long terme de l'assuré pour s'insérer dans la vie sociale et professionnelle. Il était impossible de le réentraîner et une activité en atelier protégé n'était médicalement pas possible. Il convenait d'obtenir des renseignements médicaux complémentaires confirmant l'incapacité de travail totale.

Aux termes d'un rapport du 23 janvier 2019 à l'OAI, la Dre A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consultée depuis le 5 mai 2017, a posé les diagnostics incapacitants de trouble envahissant du développement, syndrome d'Asperger (F84.5) depuis l'enfance, d'épisode dépressif moyen (F33.1) depuis janvier 2017, et de

difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61). Elle a signalé un renvoi du foyer de [...] en juin 2018, en raison d'un conflit avec un membre du personnel, obligeant l'assuré à vivre dans une chambre individuelle à la pension [...] de [...]. Au plan médical, la psychiatre traitant a signalé une pathologie dermatologique provoquant des sudations massives avec pour effet indésirable de générer une odeur malgré le recours à plusieurs douches par jour ; cette pathologie avait commencé à l'adolescence et pénalisait l'assuré dans son intégration tant sociale que professionnelle. Compte tenu de la symptomatologie persistante et malgré la stabilité du tableau clinique observée durant les dernières années de traitement, une amélioration suffisante pour recouvrer une capacité de travail, même faible, n'était pas envisageable à moyen ou long terme. Il s'agissait de poursuivre le traitement psychothérapeutique, l'assuré souhaitant à l'avenir essayer d'intégrer une activité à temps partiel en milieu protégé au sein des ateliers de [...] dans le but de l'aider à développer sa concentration, son organisation, et principalement l'aider à retrouver un rythme de vie plus régulier.

Après avoir obtenu le point de vue du SMR sur les derniers éléments recueillis au dossier (avis du 21 mai 2019), l'OAI a confié une expertise bidisciplinaire (de médecine interne et psychiatrique) de l'assuré au N._____ Sàrl de [...]. Dans leur rapport du 4 octobre 2019, les Dres U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J._____, spécialiste en médecine interne générale, ont posé les diagnostics suivants :

“3.2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

Au plan somatique

Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Hyperhidrose plamo-plantaire et axillaire
- Dorsalgies sur troubles statiques du rachis dorso-lombaire et scoliose

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Rhinite saisonnière

Au plan psychique

F84.5 de Syndrome d'Asperger.”

Dans le corps de leur rapport (page 37), ces expertes ont notamment fait part des constatations suivantes :

“Déroulement détaillé et représentatif d'une journée type, organisation des loisirs, hobbies, aides nécessaires pour le ménage et dans la vie quotidienne, moyens de transport utilisés, type de déplacements, vacances, etc.

L'assuré se couche aux environs de 18h et se réveille à 0-1h du matin, et se met sur son ordinateur. Il fait des pauses de 1 heure à 30 minutes.

A 7h du matin, il va prendre son petit-déjeuner, avec tous les camarades de la pension, et puis retourne jouer jusqu'à midi. A midi, il descend manger. Après le repas, pendant une heure, il va faire une sieste. Après la sieste, il va lire des mangas ou des romans, il adore ça, selon ses dires. Il passe beaucoup de temps à lire. Ensuite, il va sortir pendant 30 minutes, ça peut être tout l'après-midi aussi. Et s'il revient, il continue à jouer. Ensuite, il se prépare pour le dîner, et il va dormir et il recommence ; sauf le jeudi où il a une soirée club de [...] où il y va de 18h à 22h très régulièrement. Sinon, 2 fois par semaine, il doit se présenter à [...] pour ses ateliers créatifs où il va assez régulièrement, sauf quand il est démotivé.

Entretien du logement: celui-ci est en pension complète. Le nettoyage de la chambre ainsi que le ramassage du linge se fait par la pension elle-même.

Achats et courses diverses: il fait ses courses lui-même à la demande.

Lessive et entretien du linge: il laisse son linge dans une corbeille à l'équipe. Par contre s'il n'a pas assez de rechange, il s'occupe lui-même d'aller à la laverie pour pouvoir avoir des vêtements propres, et s'occupe du repassage.

Documents administratifs - paiement bancaires: il bénéficie d'une mesure de curatelle, celui-ci se sent tout à fait apte à payer ses factures et être clair par rapport à ses besoins financiers. Il exprime que sa mère ne lui a pas donné le bon exemple, mais il a appris aujourd'hui et se sent assez indépendant.

Soins aux enfants ou aux membres de la famille: pas d'enfant.

Entourage: il a ses frères, qui ne sont pas loin. Il y va quand il a besoin d'eux. Il a beaucoup de copains dans la pension, en même temps, il garde des distances avec eux. Il est assez festif et aime passer des moments de détente avec son entourage.

Loisirs et vacances : les dernières vacances remontent au 29 Juillet 2019 au 5 Août 2019. Il est parti avec 4 de ses camarades dans un festival au Nord de l'Allemagne, qui s'appelle [...], où il a passé plusieurs jours. Il a fait une chute et s'est fait mal un petit peu au genou, car c'était au milieu de la foule lors d'un concert « métal ». Il y a passé de bons moments. Il était très content. Il aime bien faire ce genre d'activité dès qu'il le peut avec ses camarades, et se laisse porter par le groupe.

Moyens de transport habituels : les transports publics.

Venu comment à l'entretien : en train.

Ressources financières : il est au bénéfice de l'aide sociale.

Traitement(s) suivi(s) à ce jour y compris médicamenteux (en indiquant aussi les méthodes thérapeutiques ne relevant pas de la médecine traditionnelle ou l'absence éventuelle de traitement).

L'assuré n'a pas bénéficié de traitements médicamenteux. Celui-ci se souvient avoir bénéficié d'un traitement sous Risperdal, Rispéridone pendant de nombreuses années, de l'âge de 11 ans à l'âge de 15 ans pour des symptômes de dépression récurrente et des troubles du comportement, des traitements de faible dose qu'il ne prenait pas réellement selon ses dires, il n'en voyait pas l'intérêt. Celui-ci avoue qu'il a un peu abusé lorsqu'il a été pris en charge en hospitalisation à [...] pour la première fois, car ceci lui permettait de fuir le foyer et l'ambiance difficile qu'il vivait à l'école, selon ses dires.

Perception de l'avenir, en général et en lien avec une activité professionnelle ou avec la réadaptation professionnelle

L'assuré n'a aucune activité professionnelle. Depuis un an, il ne fait rien. Il est en attente d'une proposition de formation, il se dit en difficulté, et inquiet de ce qui se passe."

Les Dres J. _____ et U. _____ ont conclu à une capacité de travail (ou de formation) de 100 % dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (à savoir, pas de travaux au contact de la clientèle ou nécessitant des efforts physiques lourds, et pas de manutention d'objets sensibles à la transpiration [verres, bois]). Le bilan neuropsychologique effectué dans le cadre de cette expertise a évoqué un possible trouble de déficit d'attention et hyperactivité / impulsivité associé à un syndrome d'Asperger. Il était noté un fonctionnement intellectuel supérieur, mais sans « haut potentiel ». Cet examen était superposable à celui de 2017. Quant aux examens sanguins pratiqués, leurs résultats se sont avérés négatifs aux produits d'addiction.

Nanti d'un avis juriste du 20 février 2020 qui estimait que le rapport d'expertise précité n'était pas clair, l'OAI a sollicité un complément d'expertise. Le 9 mars 2020, les Dres J._____ et U._____ ont fourni des « éclaircissements » en réponse aux questions adressées par l'OAI. Leur rapport d'expertise complémentaire est le suivant :

“Réponses des Dre U._____ et Dre J._____ consensuellement

Quelle est votre évaluation de la capacité de travail sur le plan psychique de l'assuré en nous indiquant quelle est son évolution, au fil du temps, depuis l'enfance de l'assuré ? Soit non seulement depuis août 2017 : (la question spécifique y relative posée par le SMR dans son avis du 21.05.2019 ne remplaçant par ailleurs pas la question globale n° 8.1 de notre mandat d'expertise). Merci de prendre position à cet égard sur les avis médicaux antérieurs et de motiver vos éventuelles divergences d'opinion quant aux diagnostics précédemment reconnus au dossier comme incapacitants.

Dans ce contexte, nous ne sommes en effet pas sûrs de bien comprendre vos conclusions et vous faisons part ci-après des interrogations soulevées par notre Service juridique (que nous vous saurions gré de bien vouloir résoudre dans le cadre de votre réponse) :

- La capacité de travail sur le plan psychique de l'assuré a-t-elle été de tout temps de 100%, soit également avant août 2017 ? si non, quelle a été son évolution ?

Pour reprendre des informations du dossier médical :

Expertise psychiatrique : du Dr F._____ :

En mai 2014, sur conseil des employés du [...], l'expertisé sollicite un suivi psychiatrique auprès de l'Unité Psychiatrique Ambulatoire d[...] en raison de difficultés dans la gestion émotionnelle. Il bénéficie alors d'une psychothérapie à une fréquence hebdomadaire et d'un traitement d'Imovane en raison de ses difficultés d'endormissement (RM du 22.09.2015).

En septembre 2015, le Dr M._____ et la Dresse E._____ (Centre de psychiatrie du [...]) retiennent un diagnostic de trouble de la personnalité sans précision ayant des répercussions sur sa CT [capacité de travail]. Selon eux, l'hypersudation dont souffre l'expertisé aurait également de graves répercussions sur sa CT. Le tableau clinique serait dominé par un manque de motivation, un apragmatisme important, un trouble de la concentration, une apathie marquée, une baisse d'estime de soi, un sentiment de dévalorisation ainsi que des troubles du sommeil. Pour ces raisons, l'expertisé n'aurait qu'une CT de 50% dans une AA [activité adaptée] (valable depuis le 01.08.2015). Les soignants certifient avoir fait des tests neuropsychologiques mettant en évidence un QI à 137, un rapport absent du dossier de l'expertisé (RM 22.09.2015).

En novembre 2016, le médecin du SMR conclut qu'il n'y a aucun élément venant étayer une IT [incapacité de travail] de 50 % comme évoqué par le Dr M. _____ voire une activité occupationnelle selon le bilan final de la REA. Ainsi, afin d'apprécier la présence d'une atteinte à la santé au sens de l'AI et le cas échéant la capacité de travail, son évolution et les éventuelles limitations fonctionnelles, il propose de procéder à une expertise psychiatrique (avis SMR du 02.11.2016).

Mme T. _____ (psychologue) suit l'expertisé depuis février 2017, un suivi sollicité par l'expertisé qui se décrit alors dans un état de tension très importante avec pensées hétéro-agressives. Le suivi psychiatrique est assuré par la Dresse V. _____, mais aucun traitement médicamenteux n'est prescrit à l'heure actuelle, l'expertisé refusant tout traitement neuroleptique. Le setting psychothérapeutique était hebdomadaire, l'expertisé s'est montré relativement régulier jusqu'au mois de juin 2017. Néanmoins, la psychologue souligne une certaine désorganisation nous précisant que chaque rendez-vous devait lui être rappelé par SMS ou appel la veille ou le jour de l'entretien. Malgré ce rappel, il lui arrivait de se tromper de jour ou d'heure. Cette désorganisation et ses difficultés d'attention semblent ressortir dans les anecdotes d'enfance qu'il rapporte, sur les retours de son expérience au [...].

Proposition d'une réadaptation à 50% pendant 6 mois, puis à 100% est exigible mais le choix de l'activité est ici capital. L'expertisé ne pourra pas s'adapter aux exigences d'une activité pratique ni gérer des contacts complexes avec autrui. Un travail privilégiant ses aptitudes intellectuelles (sans pour autant favoriser des défenses hypomanes) dans un domaine protégé et ritualisé (ex. bibliothèque) est à favoriser. La poursuite de la réadaptation professionnelle est un défi très difficile dans un tel cadre. L'expertisé ne présente pas de comorbidités psychiatriques (troubles psychotiques ou dépressifs, addictions) ce qui est un facteur de bon pronostic. Il s'agit d'accompagner ce jeune homme de manière constante malgré sa tendance à rompre les liens dans le passage à la vie adulte et de lui offrir une réadaptation dans un domaine qui met en exergue ses capacités intellectuelles respectant ses difficultés de contact humain et son impossibilité à gérer les changements et une exposition émotionnelle. A moyen terme, la sortie du foyer et le début d'une réadaptation dans un milieu protégé (ex. bibliothèque) sont des objectifs réalistes mais qui nécessiteront un soutien thérapeutique continu.

Date de l'entretien : 7 mai 2018 : note rédigée le : 8 mai 2018. A l'occasion d'un autre bilan, nous échangeons sur la situation de X. _____. A l'observation, son humeur est très en « dents de scie ». Un trouble de l'humeur est suspecté par cet ancien infirmier en psychiatrie. Il y a un fort sentiment persécutoire. Dans ces états, il ne peut pas être en lien avec quelqu'un. Il régresse. Il n'a pas de soutien par ailleurs, pas de famille, pas d'amis, le foyer n'est pas une ressource au contraire. En termes de réalisations, il y a de la structure, de l'organisation du travail, intellectuellement à l'aise. Lorsqu'il est bien, il y a échange et communication. Par contre, s'il s'ennuie dans ce qui est routinier. Il n'arrive pas à passer à l'action, à la mise en route.

Dre A. _____ et T. _____ du 11.06.18 : Faible taux de présence. A fait une rechute dépressive et se coupe de tout contact dans ces moments. Quand il est là, il est tout bien et travail[le] avec autonomie et rigueur. Après l'échec de la mesure de réinsertion précédemment effectué au sein de votre Office en 2018 et au vu de la symptomatologie présentée dans le point 2.7 du présent rapport et des limitations fonctionnelles associées, nous estimons que la capacité de travail ainsi que le potentiel de réadaptation sont nuls :

- Rigidité du fonctionnement mental et difficultés d'adaptation
- Faible gestion du stress, anxiété, irritabilité
- Difficulté[s] interpersonnelles et de communication
- Méfiance et manque d'empathie
- Inhibition, manque de coopération, agressivité
- Attitude défensive et distante, attitude dévalorisante à l'égard d'autrui
- Absentéisme, retard, fiabilité réduite et abandon de poste en raison de comportement d'évitement phobique
- Difficultés organisationnelles et de gestion administratives
- Faible reconnaissance de la maladie et des difficultés
- Faible tolérance à la frustration
- Absence en lien avec des troubles du sommeil et un échange du rythme jour/nuit.

D'où ma réponse :

Dans le dossier médical, il est relevé, une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, par le Dr M. _____ « En septembre 2015, le Dr M. _____ et la Dresse E. _____ (Centre de psychiatrie du [...] retiennent un diagnostic de trouble de la personnalité sans précision ayant des répercussions sur sa CT. Selon eux, l'hypersudation dont souffre l'expertisé aurait également de graves répercussions sur sa CT. Le tableau clinique serait dominé par un manque de motivation, un apragmatisme important, un trouble de la concentration, une apathie marquée, une baisse d'estime de soi, un sentiment de dévalorisation ainsi que des troubles de sommeil. Pour ces raisons, l'expertisé n'aurait qu'une CT de 50% dans une AA (valable depuis le 01.08.2015) jusqu'à août 2017.

L'expertisé avait du mal à poursuivre sa formation et vivait chez son frère à cette époque ; de notre point de vue les limitations psychiatriques évoquées ne peuvent être source d'incapacité de travail, en effet les troubles attentionnels avec hyperactivité en sus du diagnostic du syndrome d'asperger peuvent souvent être à l'origine de comportement impulsif et immature, ce qui est décrit dans les dossiers, mais ne peuvent justifier une IT.

A noter que l'expertisé a bénéficié d'un suivi spécialisé dès février 2017 à juin 2017, sans prise de traitement psychotrope, ce qui confirme l[a] non gravité des troubles et le manque d'arguments justifiant une incapacité de travail.

- Son état de santé psychique n'a-t-il jamais connu d'épisode incapacitant et entraînant des limitations fonctionnelles/LF d'ordre médical ? dans le cas contraire, quels épisodes et avec quelles limitations ? (cf. p.ex. le diagnostic incluant un aspect dépressif retenu précédemment : a-t-il été par le passé incapacitant ?)

D'un point de vue médico-théorique, aucune incapacité de travail pour raison médicale ne peut être retenue, lors de l'épisode : (F33.1) - Episode dépressif moyen, sachant qu'il n'en est pas fait mention dans l'expertise du DrF. _____.

A noter que durant notre expertise, l'expertisé questionné à ce sujet-là, évoque des périodes de détresse liées à une surconsommation de substances psychoactives (Alcool et Cannabis), ayant évolué sur quelques semaines. Ce dernier avait décidé de ne plus en consommer et les analyses de laboratoire ont permis de confirmer cela. En somme, en dehors des périodes d'alcoolisation, aucune incapacité d'ordre médical ne peut être attestée.

- Vous indiquez en p. 27, dans le cadre du volet interniste, ce qui suit : Sur le plan professionnel, ce jeune homme n'est pas entré dans le monde du travail par manque d'étayage social et de motivation. Les différentes tentatives de l'intégrer dans le monde professionnel ont toutes échoué pour des motifs peu clairs. L'expertise psychiatrique discute ce parcours de manière détaillée.

Or à ce sujet, le volet psychiatrique de votre expertise aborde en effet le parcours de l'assuré, mais ne se prononce toutefois pas sur les questions clé suivantes : si l'assuré n'a pas acquis à ce jour de formation professionnelle, est-ce uniquement en raison de facteurs non médicaux ? ou bien est-ce que des motifs/LF médicaux ont également joué, serait-ce en partie ou à un moment ou à un autre, un rôle (et quand) ? Que devons-nous comprendre ? Merci de votre éclairage.

L'importance des facteurs psychosociaux (facteurs non médicaux) est non négligeable, de notre point de vue, la personne assurée a besoin d'un environnement psychosocial stable afin de se motiver et à adhérer à une formation correspondant à ses difficultés, les troubles attentionnels inhérents au diagnostic de la personne assurée représentent de véritables obstacles à l'épanouissement de la personne assurée et confèrent une bonne capacité de travail dans un poste adapté si les limitations sont respectées.

En somme, des raisons médicales sont à l'origine de limitations fonctionnelles : troubles de l'attention, trouble de la concentration, distractivité, difficultés interactionnelles et sensibilité au stress, ce qui demande la mise en place de mesure de réadaptation professionnelle correspondant aux capacités de l'expertisé, mais ne justifie en rien une incapacité de travail, devant l'absence de comorbidité psychiatrique. A noter que le comportement de surconsommation de substances psychoactives (alcool et cannabis) a été très bref dans la vie de l'expertisé, courant de l'année 2018.

- Il est mentionné en p. 19 des facteurs de surcharge : qu'entendez-vous par là ? s'agit-il de facteurs non médicaux exclusivement ? si oui, sont-ils et ont-ils toujours été sans impact pathologique/médical ?

Oui, il s'agit de facteurs non médicaux.

En effet, cela ne peut être retenu comme ayant un impact sur le diagnostic médical de l'expertisé.

- Lorsque vous évoquez (en p. 19) des facteurs de surcharge en lien avec sa situation personnelle depuis son enfance et ayant été déterminants dans le développement de la personne assurée, que devons-nous comprendre quant à leur impact sur son développement depuis l'enfance ? Comme mentionné ci-avant, imputez-vous ses problèmes, y compris dans son développement, uniquement à des facteurs non biomédicaux et ce tout au long de sa vie à ce jour ? Merci de votre éclairage.

Si nous nous appuyons sur la littérature scientifique actuelle, les facteurs extérieurs ne peuvent être pris en compte, dans l'établissement du diagnostic.

De notre point de vue, le trouble peut être influencé directement par les facteurs environnementaux, par contre l'évolution de ce type de trouble est multifactorielle.

- L'expert psychiatre, le Prof. F. _____, sollicité en 2017 pour son rapport d'expertise du 11.08.2017 (que vous évoquez notamment en p. 13ss de votre expertise) relève qu'il s'agit d'un cas clinique difficile posant un vrai défi diagnostique, et il observe (en p. 17) :

- 1- Un décalage entre une cognition développée et une inaptitude dans l'interaction sociale ;*
- 2- Avec des attitudes inadéquates menant l'expertisé dans une situation de marginalité ; et il soulève les enjeux relationnels de l'expertisé ; de plus, il évoque (en p. 19) les éléments suivants en lien avec le parcours et les échecs de formation professionnelle de l'expertisé, à savoir :*
- 3- Sa dépendance environnementale et son besoin d'étayage ;*
- 4- Sa désorganisation avec désinvestissement des tâches ;*
- 5- Sa tendance à questionner les ordres et les limites ;*
- 6- Mais aussi son adaptation à la pratique largement déficitaire ;*
- 7- Un autre volet de sa psychopathologie ayant été constitué par l'intolérance aux règles ;*
- 8- Avec actes de violence ;*
- 9- Une incapacité à vivre une relation affective quelconque et l'adoption de comportement et de postures ouvertement inadéquates qui ont introduit des contre-attitudes de la part de ses formateurs : Comment devons-nous selon vous considérer ces divers aspects (ou limitations ?) :*

Les divers aspects retenus ci-dessus, les points 2 et 8 correspondent aux périodes de suralcoolisation (de quelques semaines) de l'expertisé et ne peuvent être retenus comme étant des limitations pérennes, l'expertisé ayant renoncé à toute consommation de substances psychoactives.

Le point 6, ne correspond pas à l'expertisé, ce dernier évoque se lasser de certaines activités et tout a été mis en place afin de proposer à ce dernier des mesures de réadaptation adapté[es] à ses difficultés.

Les points 1-3-4-5-7-9 définissent les difficultés de l'expertisé, ce sont des symptômes à lire avec objectivité et à mettre en corrélation avec le diagnostic de l'expertisé du syndrome d'asperger et le trouble déficit de l'attention en sus des difficultés psychosociales de

l'expertisé. De notre point de vue, toutes ses limitations ne peuvent être retenues comme étant incapacitantes, le soutien et la guidance de l'expertisé dans sa recherche d'un emploi adapté à ses limitations peuvent lui faire surmonter ses difficultés comme chez toute personne présentant un diagnostic similaire, voir les articles ci-dessous.

Comme soulevé ci-avant, relèvent-ils et ont-ils relevé selon vous uniquement du domaine psychologique et/ou social (soit d'ordre non bio-médical) et partant ne comportent-ils et n'ont-ils jamais comporté aucun caractère incapacitant au sens médical ? Merci de vous prononcer à ce sujet.

En effet, il y a une atteinte à la santé : le trouble hyperactif, inhérent au diagnostic de Syndrome d'Asperger. Celui-ci entraîne des symptômes dont le degré de sévérité n'est pas suffisant pour interférer avec la capacité de gain et donc ce trouble n'entraîne pas de limitations fonctionnelles et la non-entrée dans le monde du travail n'est pas d'ordre médical.

Voir les articles de la littérature médicale :

Traits de personnalité, insertion socio-professionnelle et employabilité chez les jeunes en mesure d'insertion - 15/12/17 - Christine Besse a, *, Philippe Handschin b, Koorosh Massoudi b, Danièle Spagnoli a, Jérôme Rossier B, Charles Bonsack- Service de Psychiatrie Communautaire, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), 18, Place Chauderon, 1003 Lausanne, Suisse - Institut de Psychologie, Université de Lausanne, 1015 Lausanne, Suisse.

Une étude visant à explorer longitudinalement les liens entre employabilité, insertion professionnelle, traits de personnalité et ressources individuelles est en cours chez les jeunes NEET bénéficiant de Mesures d'Insertion/MIS dans la Canton de Vaud. Les analyses transversales initiales montrent qu'ils sont plus introvertis et présentent plus de traits de personnalité dysfonctionnels (paranoïaques, schizotypiques, antisociaux et borderline) que les personnes de même âge intégrées dans un cursus de formation ou professionnel. Tous ces traits entravent la relation à l'autre, que ce soit par une méfiance excessive, une bizarrerie ou du clivage.

Ils évaluent aussi plus faiblement leur employabilité et leur sentiment d'efficacité personnelle. Ces constats peuvent être liés aux troubles de santé mentale eux-mêmes qui peuvent entraîner une perte d'estime de soi et de confiance, ou aux expériences vécues d'échecs en emploi. La question de l'auto-stigmatisation des troubles psychiques entraînent des difficultés sociales qui entraînent à leur tour une aggravation des troubles. L'échec est intégré comme l'inéluctable conséquence de la désignation de leurs difficultés : « A quoi bon essayer si j'ai effectivement tous les défauts que les autres m'attribuent » [2].

La seconde partie de notre projet consistera à déterminer les dimensions individuelles prédisant la situation professionnelle et scolaire objective des participants récoltées au t1 et t2. Ces analyses nous permettrons de comparer les dimensions prédisant les capacités d'intégration autoévaluées à celles prédisant l'intégration effective.

Certaines limitations sont à relever : le profil très différent des deux populations comparées en termes de niveau scolaire, de contexte socio-culturel, et probablement aussi niveau socio-économique. Les facteurs qui distinguaient les deux populations ont été intégrés dans le modèle statistique ; persistent ceux pour lesquels nous n'avions pas de données (p. ex niveau socio-économique).

Nous avons par ailleurs considéré dans nos analyses les dimensions de personnalité normales (mesurées par le NEO-FFI) et dysfonctionnelles (mesurées par l'IPDE) comme ayant le même statut, alors qu'elles se réfèrent à des modèles différents : dimensionnel pour le NEO-FFI, catégorique pour l'IPDE. Des parallèles ont pourtant été trouvés [23] et se retrouvent plus naturellement depuis l'instauration du DSM-5 [29].

Nos résultats ouvrent des pistes d'intervention pour augmenter le potentiel d'insertion des jeunes en difficulté et envisager des modèles d'intervention. Les intervenants visant à réinsérer ces jeunes devraient être sensibles à leurs modes relationnels et d'être au monde et tenter d'assouplir certains traits de personnalité qui pourraient entraver les démarches d'insertion (notamment ceux s'apparentant à des traits paranoïaques, antisociaux, schizotypiques, qui se retrouvent dans la difficulté à faire confiance à l'autre ou à s'inscrire dans un mode relationnel durable, ou une tendance à l'introversion), au besoin en sollicitant des intervenants en santé psychique. Une meilleure adaptation des cibles professionnelles au profil de personnalité des jeunes pourrait également être une piste afin d'améliorer la viabilité des projets d'insertion professionnelle.

La question des modèles d'intervention est complexe. Le phénomène touche toutes les sociétés occidentales actuelles et s'étend à tous les troubles psychiques, qui sont moins tolérés dans le domaine de l'emploi que par le passé, du fait que les compétences clé pour l'insertion ont changé, notamment l'importance croissante des aspects relationnels. Il s'agit de prendre conscience du problème et de tenter de le résoudre autrement que par l'exclusion des problèmes psychiques du monde du travail. Pour les professionnels de santé mentale, cette question dépasse largement celle des soins : leur contribution est pourtant essentielle à plusieurs niveaux. Premièrement, il s'agit de multiplier les échanges entre le monde du travail et de la santé mentale pour améliorer la santé globale au travail. Un travail d'éducation et de formation dans les entreprises est nécessaire [17]. Ensuite, effectuer des interventions visant à identifier et traiter plus rapidement les troubles psychiques peu accessibles aux soins, afin de maintenir leur insertion, que ce soit en MIS (pour les NEET) [26], ou au travail. Les NEET constituent un groupe à risque, qui doit mobiliser spécifiquement les professionnels de santé mentale.

Ce mode de fonctionnement intégrant des soins psychiques à une perspective d'insertion, dans un mode de collaboration étroit et un but commun, est préconisé par l'OCDE pour lutter contre les conséquences socio-économiques des troubles psychiques [17]. Il est par exemple incarné par les Headspace Centers en Australie, qui réunissent, dans un même lieu, suivi social, services d'orientation et

d'intégration professionnelle, et soins de santé pour les jeunes de 15 à 25 ans [6].

En conclusion, certains traits de personnalité dysfonctionnels peuvent contribuer à entraîner un cercle vicieux de désinsertion professionnelle et sociale. Une prise de conscience précoce des styles relationnels par les personnes et leur entourage permettrait d'adapter les choix professionnels, le style de management et amener à une meilleure utilisation des ressources personnelles.

TDAH et comorbidités en pédopsychiatrie. Pathologies psychiatrique, affections médicales, troubles de l'apprentissage et de la coordination - 13/05/17 Laura Masia, *, Martin Gignac B a CHU Sainte-Justine, 3175, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, H3T 1C5 Montréal, QC, Canada. b Unité des adolescents, département de psychiatrie, université de Montréal, institut Philippe-Pinel de Montréal, 10905, boulevard Henri-Bourassa Est, H1C 1H1 Montréal, QC, Canada

Dont le résumé[é] de l'article : Le TDAH est le trouble comportemental le plus fréquent chez les enfants et les adolescents. Il est souvent associé à d'autres atteintes psychiatriques et physiques, ce qui complique et aggrave la symptomatologie. Parmi les troubles psychiatriques comorbides, les troubles de l'humeur, les troubles du comportement et l'anxiété sont les plus fréquemment retrouvés. De même, il existe un chevauchement entre le TDAH et les addictions, les TOC, les troubles du sommeil et les troubles de l'apprentissage. Les TCA et les TSA sont aussi de plus en plus reconnus comme des entités comorbides au TDAH. Enfin, des liens avec l'ESPT et les troubles de l'attachement ont été notés. Les affections médicales doivent également être considérées lors de l'évaluation du TDAH - les traumatismes crâniens, l'épilepsie et l'obésité entre autres. Les enfants TDAH avec des pathologies concomitantes sont plus sévèrement atteints et leur traitement est plus complexe. Une meilleure compréhension de la fréquence élevée de ces comorbidités est nécessaire pour optimiser le traitement et permettre d'améliorer le mauvais pronostic lié à l'association du TDAH avec d'autres pathologies.

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte - 16/07/07. Grosse a, *, D. Da Fonseca b, E. Fakra b, F. Poinso b, J.-C. Samuelian a. a CHU de psychiatrie-a b CHU de Sainte-Marguerite, Marseille, France. Adulte, CUMP, hôpital de La Conception, 147, boulevard Baille, 13385 Marseille cedex 05, France

Dont la conclusion : Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) bien connu chez l'enfant et l'adolescent semble perdurer à l'âge adulte. L'ensemble des symptômes engendre d'ailleurs bien souvent un dysfonctionnement des patients tant au niveau social et professionnel qu'au niveau affectif. Le diagnostic de ce trouble encore méconnu chez l'adulte s'avère donc nécessaire afin de mettre en place une prise en charge adéquate. La symptomatologie chez l'adulte est souvent plus marquée par le déficit de l'attention que par l'hyperactivité psychomotrice et l'impulsivité. Or, les critères actuels des classifications internationales sont identiques, quels que soient l'âge et le sexe du patient. Aussi le clinicien devra-t-il utiliser les mêmes critères pour

poser le diagnostic chez une fillette âgée de sept ans et chez un cadre âgé de 45 ans. Il serait donc particulièrement intéressant de pouvoir adapter les critères en fonction de l'âge et du sexe des patients. Nous avons également noté que le diagnostic différentiel était difficile, en particulier avec les troubles de la personnalité, les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur, d'autant plus que les troubles associés sont fréquents. La démarche diagnostique se doit d'être rigoureuse et minutieuse. Elle nécessite donc une bonne information mais également une bonne expérience clinique. Enfin, il serait également pertinent de développer chez les adultes présentant un TDAH des prises en charge psychologiques spécifiques et efficaces telles que les thérapies de groupe, les stratégies de résolution de problème ou d'autogestion. Il convient en effet de ne pas réduire la prise en charge à un traitement médicamenteux exclusif, ce qui explique probablement les réticences encore nombreuses autour du TDAH chez l'adulte."

Par projet de décision du 28 juillet 2020, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Ses constatations étaient les suivantes :

"Lorsque l'assuré n'a pas pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide correspond en pour-cent, selon son âge, aux fractions suivantes de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires:

Après ans révolus	Avant ans révolus	Taux	en pour-cent
	21		70
21	25		80
25	30		90
30			100

(art. 26, al. 1er RAI)

En 2020, le revenu moyen des salaires est estimé à CHF 83'500.00. Compte tenu de l'âge de M. X. _____, c'est le 90% de ce montant qui représente le revenu qu'il aurait pu réaliser s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, soit CHF 75'150.00.

Dans le cadre de sa demande de prestations, M. X. _____ a bénéficié de diverses mesures professionnelles durant la période du 3 janvier 2011 au 11 juin 2018. Il a également bénéficié d'indemnités journalières.

Il ressort de l'instruction médicale du dossier de M. X. _____ qu'il présente une pleine capacité de travail dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes ; pas de travaux au contact de la clientèle, pas d'efforts physiques lourds, pas de manutention d'objets sensibles à la transpiration (verre, bois).

Pour déterminer la perte économique que subit M. X._____, il convient de comparer le revenu précité avec celui auquel il peut prétendre dans une activité adaptée.

Dans la situation de M. X._____, étant donné qu'il n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer son revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 68'446.03 à 100 % en 2020.

Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation), nous estimons qu'aucun abattement n'est justifié dans votre cas.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 75'150.00
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 68'446.03
Perte de revenu	CHF 6'703.97
Degré d'invalidité	8.92 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvre pas le droit à une rente."

Le 6 août 2020, agissant par son curateur, l'assuré a contesté le projet précité. De son côté, la Dre A._____ a adressé à l'OAI un rapport médical du 18 septembre 2020 aux termes duquel elle a pris position comme suit sur les éléments médicaux du dossier :

"Pour rappel, dans vos conclusions, vous reprenez que la capacité de travail de M. X._____ est complète dans une activité adaptée, à savoir qui n'implique pas de port de charge, ni de contact avec des matériaux sensibles à la transpiration. Vous ne reprenez aucune limitation fonctionnelle imputable à un trouble psychique et estimez que le diagnostic de trouble envahissant du développement sans déficit intellectuel (ou syndrome d'Asperger) n'est pas incapacitant. Les différents médecins et experts, y compris nous, s'accordent sur le diagnostic ; en revanche, l'impact de ce trouble sur la capacité de travail est sous-estimé. Sur la base des conclusions médicales des expertises effectuées par les Drs F._____ en 2017 et Dr U._____ en 2019, vous concluez que le diagnostic de trouble envahissant du développement sans déficit intellectuel n'entraîne aucune conséquence sur la capacité de travail chez le patient. Et pourtant, à 25 ans, celui-ci n'a jamais pu travailler et n'a jamais pu entreprendre de formation. Qui plus est, toutes les mesures de réinsertion proposées par votre Office se sont soldées par un échec, et ce en dépit de l'évidente bonne volonté du patient qui s'est montré collaborant. Les faits démontrent selon nous que la capacité de travail de M. X._____ est nulle du fait du trouble psychique.

Un ensemble de signes nous permettent de retenir le diagnostic de trouble envahissant du développement (TED) sans déficit intellectuel concernant le cas de M. X._____. On reconnaît la présence d'un TED à ce que la CIM-10 appelle « la triade autistique », à savoir trois déficits principaux :

- Altération qualitative des interactions sociales réciproques
- Altération qualitative des modalités de communication
- Répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif

Comme le décrit la littérature (Murad, 2014), si la sévérité de ces déficits est variable selon les individus, le TED infiltre toutefois l'ensemble du fonctionnement du sujet et donc également les capacités d'insertion sociale et professionnelle. Les experts et nous-mêmes attestons de la présence de ces déficits chez M. X._____. Le Dr F._____, dans son expertise de 2017, observe chez ce patient « un défaut de cognition sociale clairement perceptible dans les situations nécessitant un décodage implicite des émotions, le sentiment subjectif d'être malhabile et peu intégré mais aussi des comportements transgressifs à faible échelle qui peuvent faire penser à des troubles des conduites et des émotions (un prélude de personnalité dyssociale). Ce syndrome explique la longue institutionnalisation, l'inexistence de vie affective, le refuge à des références intellectuelles fines contrastant avec un monde émotionnel archaïque auquel l'expertisé a un accès limité et *in fine* son échec d'adaptation sociale ». Il conclut : « la réadaptation professionnelle est un défi très difficile dans un tel cadre ». Ces observations sont reprises par le Dr U._____ dans son expertise de 2019 : « l'évaluation objective de ce jour retient des symptômes évoluant depuis l'enfance avec des éléments prépsychotiques, altérant le fonctionnement social en sus d'un profil carenciel avec une note impulsive, des comportements antisociaux et évitant, et parfois impulsifs, avec des difficultés à se maintenir ou à s'engager dans une formation professionnelle ». L'expertise neuropsychologique effectuée en 2019 par Mme H._____, du Neurocentre, atteste des troubles de la cognition sociale. Les examens révèlent une mentalisation déficitaire et une anxiété sociale. L'empathie obtient un score jugé « pathologique » et l'experte atteste également de troubles dans la reconnaissance faciales des émotions.

Nous observons un consensus sur le diagnostic, mais aussi un décalage entre la sévérité du trouble établi et l'évaluation de la capacité de travail. L'explication réside certainement dans les bonnes facultés intellectuelles du patient. Ces dernières ont pu conduire à une surévaluation - erronée à notre avis - de sa capacité de travail. Il est en effet probable que son fonctionnement cognitif dans la norme ait masqué, au moins en partie, l'étendue de ses difficultés liées à l'autisme. Grâce à ses excellentes capacités de raisonnement logique, M. X._____ parvient partiellement à compenser un déficit majeur en cognition sociale et à améliorer son adaptation aux situations.

Ces stratégies compensatoires ont toutefois leurs limites. Elles sont énergivores et ne peuvent être maintenues sur le long terme. C'est pourquoi on observe un fonctionnement parfois adapté durant quelques heures ou quelques jours suivi d'un effondrement avec une péjoration de l'humeur, une irritabilité, des difficultés de gestion

émotionnelle associées à des comportements impulsifs, parfois violents, ainsi qu'à des comportements d'évitement et de repli sur soi. C'est ce qui s'est produit lors de la dernière mesure de réinsertion que vous avez initiée au sein du centre [...] en 2018. Malgré des débuts encourageants durant lesquels M. X. _____ a démontré un intérêt pour la mesure proposée, il s'est rapidement trouvé envahi par les troubles, ne parvenant pas à gérer à la fois ses problèmes personnels et les exigences pourtant à bas seuil de la mesure, comparées aux exigences du marché de l'emploi. Votre collaborateur, M. [...], décrit l'humeur de M.X. _____ comme étant « en dent de scie » avec « un fort sentiment persécutoire » lors de la mesure. Son constat est clair : « incapacité à se former (régularité, concentration, apprentissage, socialisation) ». Votre collaborateur conclut dans son rapport de suivi : « l'assuré n'a pas la capacité à suivre une mesure et encore moins à se former ». Il apparaît clairement que l'impact des troubles psychiques sur la capacité de travail a été sous-évalué par les experts du fait des bonnes facultés intellectuelles de M. X. _____. Il parvient à donner le change lors des entretiens cliniques, ce qui tend à biaiser le jugement de son interlocuteur. Toutefois, lorsqu'il est en activité ou en mesure, les difficultés apparaissent de manière évidente. Déjà en 2014, lors des stages à la Fondation [...], les rapports de suivi expliquent que M.X. _____ « n'est pas en mesure d'assimiler de nouvelles connaissances », qu'il nécessite « un accompagnement massif pour chaque démarche du quotidien » et ce, en dépit de ses bonnes facultés intellectuelles. Il aurait à notre sens fallu tenir compte des conclusions de vos collaborateurs. Ces derniers ont suivi M. X. _____ dans ses mesures de réinsertion professionnelles et l'ont vu évoluer dans un contexte écologique (similaire à un emploi dans la première économie, même si bien moins exigeant).

Le Dr F. _____ atteste de la complexité de la situation : « il s'agit d'un cas clinique difficile posant un vrai défi diagnostique », cela en raison du décalage observé entre les capacités intellectuelles de ce patient et les déficits majeurs en termes de cognition sociale avec : « une inaptitude dans l'interaction sociale avec des attitudes inadéquates mettant l'expertisé dans une situation de marginalité ». Le Dr F. _____ poursuit : « il s'agit du diagnostic principal qui explique les perturbations des conduites sociales et leurs conséquences dans la vie professionnelle ». Le Dr F. _____ juge que les difficultés rencontrées par le patient dans sa réinsertion professionnelle dépendent du tableau clinique. Paradoxalement, et à notre étonnement, il conclut que la capacité de travail reste entière. Il nuance en disant que : « le choix de l'activité est ici capitale ». Il précise que « l'expertisé ne pourra pas s'adapter aux exigences d'une activité pratique ». Nous ignorons à quel genre d'activité il fait référence. Cela mériterait d'être étayé. Peut-être s'agit-il d'une activité à caractère intellectuel, sans vraiment de certitude sur le sens exact de cette expression. Ce genre d'emploi nécessiterait vraisemblablement de part du patient qu'il puisse effectuer des études poussées, ce qui ne s'est pas avéré possible étant donné la présence des limitations évoquées plus haut. Cette activité « non-pratique » suggérée par le Dr F. _____ ne devrait pas non plus impliquer « la gestion des contacts complexes avec autrui ». Il recommande un travail mettant en œuvre « ses aptitudes intellectuelles (sans pour autant favoriser les défenses hypomanes) dans un domaine protégé et ritualisé ». Résultat : l'expert propose le

métier de bibliothécaire. Cette proposition semble peu réaliste et peu fondé compte tenu de l'état de santé psychique de ce patient qui, rappelons-le, n'est parvenu à achever aucune formation. Un CFC de bibliothécaire semble pour le moins hors de portée. De plus, ce métier implique un travail répétitif nécessitant précision et méthode pour documenter, trier et organiser les ouvrages, ainsi qu'un travail de conseil à la clientèle qui n'est pas compatible avec les limitations décrites par l'expert lui-même.

Nous sommes très perplexes devant le décalage entre d'un côté la sévérité des troubles attestés par le Dr F. _____ et le Dr U. _____ et de l'autre l'absence de prise en compte des répercussions de ces troubles sur la capacité de travail. Si nous nous accordons avec les experts quant aux bonnes facultés intellectuelles de ce patient, nous jugeons, sur la base des différents examens effectués et des mesures de réinsertion déjà initiées, que le trouble psychique fait obstacle à la mobilisation des compétences cognitives et représente donc un handicap insurmontable pour obtenir un emploi dans la première économie de marché.

Le Dr U. _____, dans son expertise datée de septembre 2019, attribue les échecs d'insertion professionnelle de M. X. _____ non pas aux répercussions du trouble envahissant du développement (qu'il reconnaît pourtant) mais à des difficultés d'ordre « psychosociales ». Les éléments qu'il avance restent toutefois imprécis et vagues. Votre Office a d'ailleurs demandé des clarifications en février 2020, après consultation auprès de votre service juridique. « Nous ne sommes pas sûrs de bien comprendre vos conclusions » écriviez-vous. L'argumentaire du Dr U. _____ présente en effet des contradictions évidentes qui questionnent la pertinence de ses conclusions.

Le Dr U. _____, dans son expertise datée de septembre 2019, affirme que « les difficultés liées à l'enfance de l'assuré et le peu d'étayage dans sa vie d'adulte sont à l'origine de l'état actuel de l'assuré, le diagnostic retenu peut être à l'origine des comportements de rupture de l'expertisé sous-tendue par les problématiques d'attachement depuis son enfance ». L'attribution des difficultés d'insertion professionnelle par le Dr U. _____ à des « difficultés psychosociales » ne repose sur aucun fait scientifique probant. Le trouble envahissant du développement (TED) est une pathologie psychiatrique sévère, une affection neurodéveloppementale qui, par définition, débute dans l'enfance. Il ne s'agit pas d'une comorbidité à un trouble de l'attachement, mais bien d'une affection ayant influencé l'entièreté de son développement cognitif et affectif. Dès lors, on ne peut attester, comme le fait le Dr U. _____, d'une part de la présence d'un tel diagnostic et de difficultés d'insertion sociale et professionnelle, tout en évacuant d'autre part tout lien entre ces deux éléments. Cela ne repose sur aucun fait objectif ou fondement clinique. Si M.X. _____ est, certes, issu d'une famille présentant des carences évidentes du fait des troubles psychiatriques des parents et du fonctionnement pathologique du système familial, nous ne pouvons imputer les difficultés rencontrées par ce patient au seul dysfonctionnement de son milieu. D'ailleurs, il en a été retiré dès son plus jeune âge avec le reste de sa fratrie par les services sociaux avant d'être placé en foyer. S'il a changé de nombreuses fois de foyer, l'encadrement

pédagogique et thérapeutique a été contenant et étayant. L'impact pathologique du système familial est donc largement limité. Cette conclusion du Dr U. _____ ne présente donc pas de validité dans ce contexte. Si l'évolution d'un trouble envahissant du développement peut être influencée par des facteurs environnementaux, la présence de ce trouble et ses conséquences ne peuvent en aucun cas être évacués, comme le fait l'expert, en mettant l'ensemble des difficultés observées sur le compte du milieu. L'argumentaire du Dr U. _____ n'est d'ailleurs pas étayé sur ce point, malgré que vous lui ayez spécifiquement demandé des précisions à ce sujet dans votre courrier de février 2020. Si l'expert prend la peine de citer des éléments de littérature pour étayer son propos, les articles cités ne concernent de toute manière pas le trouble envahissant du développement, mais des troubles de la personnalité et ces articles n'apportent pas d'éléments permettant d'établir une distinction entre ce qui est de l'ordre du psychosocial et ce qui est lié au trouble neurodéveloppemental. Ces éléments sont trop intriqués pour être distingués de la sorte, s'agissant des troubles du spectre de l'autisme.

De plus, l'environnement social ne peut être qualifié par l'expert à la foi de carencé et non étayant, puis évoqué comme fonctionnel et structurant. Le Dr U. _____ parle de « l'instabilité émotionnelle et sociale de l'expertisé, sous-tendu par les problématiques d'attachement depuis son enfance » et un peu plus loin il conclut : « son sens relationnel est préservé, il vit dans une pension, il effectue des sorties de plusieurs jours avec des personnes du même âge pour apprécier un événement de musique en plein air, il aime faire la fête et a gardé contact avec chaque membre de sa famille ». Il apparaît en réalité clairement que M. X. _____ présente d'importantes difficultés interpersonnelles liées à son trouble psychique. Contrairement à ce que conclut l'expert, ce que M. X. _____ considère comme des relations amicales sont le plus souvent des relations superficielles, liées à ses activités favorites comme les jeux vidéo et l'univers manga. Les relations sont pauvres du fait qu'il a peu d'intérêt spontané pour l'autre et il peine à investir de nouveaux liens. Il passe la majeure partie de son temps seul à domicile. Dans les foyers, il n'a établi aucun lien significatif et a évité les contacts interpersonnels au maximum. Comme le décrit la littérature (Murad, 2014) le jeune autiste adulte préfère généralement rester seul devant son ordinateur ou dans ses livres. Il peut avoir des amis mais en petit nombre et les interactions sont généralement pauvres sur le plan émotionnel et centrées sur des intérêts restreints, ce qui est effectivement le cas de M. X. _____. Aux ateliers de [...], par exemple, où M. X. _____ se rend pourtant depuis de nombreuses années, il n'est parvenu à développer aucun lien significatif avec ses pairs. Ses maîtres socio-professionnels le décrivent comme solitaire, passant la majeure partie de son temps isolé. Il lui a même été alloué une place spécifique dans l'atelier, un peu à l'écart du groupe pour qu'il s'y sente plus à l'aise. S'il parle avec autrui c'est pour discuter d'un sujet qui le passionne. Murad et al. (2014) font d'ailleurs état de cette caractéristique de la personne autiste qui n'initie que peu de conversations à caractère purement social et peut avoir du mal à soutenir une conversation qui ne concerne pas directement ses centres d'intérêts. Ainsi, M. X. _____ peut présenter un certain goût pour la conversation dans le cadre des entretiens car les échanges le concernent directement.

Néanmoins, il se retrouve rapidement limité lorsqu'il doit entretenir une conversation dans un contexte social lambda. La description vivante et dynamique que fait le Dr U._____ de la vie relationnelle de M. X._____ ne concorde pas avec la réalité des faits que nous avons constatée.

Nous constatons une autre contradiction dans les conclusions de l'expertise. Le Dr U._____ juge que les difficultés d'insertion sont de nature « non médicales » et « psychosociales ». Mais dans le même rapport, il écrit pourtant : « en somme, des raisons médicales sont à l'origine de limitations fonctionnelles : trouble de l'attention, trouble de la concentration, distractivité [distractibilité ?], difficultés interactionnelles et sensibilité au stress ». Nous nous étonnons de la teneur paradoxale de ces propos qui décrédibilisent, de fait, l'argumentaire. En effet, les limitations ne peuvent être à la fois de nature médicales et non médicales.

Nous relevons également des contradictions concernant l'évaluation des capacités attentionnelles. Dans le rapport d'expertise de 2019, le Dr U._____ écrit : « le profil neuropsychologique pourrait être compatible avec un trouble de déficit d'attention et hyperactivité/impulsivité » et un peu plus loin, il juge les capacités attentionnelles comme étant « non limitées ». Malgré cela, il suggère tout de même, toujours dans le même rapport, l'introduction d'un traitement de méthylphénidate, à 20 mg « afin d'apaiser les troubles attentionnels qui sont régulièrement à l'origine des décrochages scolaires. ». Que doit-on comprendre de cet argumentaire ? Si l'expert atteste de la présence d'un trouble attentionnel avec hyperactivité, comme il le fait, dès lors les limitations fonctionnelles devraient être étayées.

Il apparaît dans la littérature (Ghaziuddin, 2005) que le syndrome d'Asperger s'accompagne fréquemment d'un trouble attentionnel avec hyperactivité qui doit être différencié du TDAH seul.

L'adulte autiste présente en effet des difficultés à maintenir son attention, non pas sur toutes les tâches, mais lorsque les tâches sortent du cercle de ses centres d'intérêt habituels. Ainsi, quand le Dr U._____ affirme qu'on ne peut pas retenir de difficultés attentionnelles étant donné que M. X._____ parvient à rester concentré plusieurs heures dans ses livres préférés ou sur son ordinateur, c'est ignorer complètement la spécificité du trouble Asperger. Dans le syndrome Asperger, la capacité de maintien de l'attention sur des sujets d'intérêt particulier n'est en rien prédictive de la capacité à maintenir l'attention sur d'autres types de sujet.

Sur le plan de l'impulsivité ensuite, l'étude (Murad, 2014) décrit que le comportement des adultes autistes est plutôt routinier et prévisible, mais peut devenir impulsif en réponse à des stimuli externes. On peut observer cela très nettement chez M. X._____ dont l'état psychique est fluctuant. Très sensible à son environnement et tolérant mal la frustration, le moindre imprévu ou changement est facteur de stress et peut alors engendrer des comportements imprévisibles et impulsifs, voire agressifs. Cela a été observé par vos collaborateurs durant la mesure à [...] où M. X._____ était présent de manière irrégulière selon la fluctuation de

son état psychologique ou des événements advenus dans la journée. Le trouble attentionnel avec hyperactivité ne peut être dissocié du trouble envahissant du développement, comme le souligne le DSM-V et la manière dont le trouble attentionnel s'exprime chez les patients autistes est une expression spécifique à ce type de troubles.

Après l'exposition des différents points ci-dessus, vous comprendrez que la proposition du Dr U. _____ d'une réinsertion dans la vente est tout simplement incompatible avec les limitations psychiques de M. X. _____, étant purement hors de portée. D'autres points de cette expertise pourraient encore être remis en cause, comme l'implication supposée par le Dr U. _____ d'une consommation problématique d'éthyle et de toxiques pour expliquer des difficultés de flexibilité cognitive ou des phases d'effondrement anxio-dépressifs. Le patient n'a présenté aucun signe de consommation de toxique régulière ou problématique durant les années de suivi et ses analyses en laboratoire se sont révélées négatives. Il s'agit là d'hypothèses ne reposant sur aucun fait.

Nous espérons qu'à la lumière des éléments exposés dans le présent recours, l'étendue des limitations fonctionnelles liées au trouble psychique et son impact direct sur la capacité de travail apparaîtra évidente. Après 11 ans de procédure et de multiples rapports attestant de l'atteinte à la santé de ce patient, il nous semble évident que les troubles psychiques de ce patient sont sévères et ont représenté - et représentent actuellement - un handicap insurmontable dans la mobilisation de ses facultés intellectuelles et dans ses capacités à s'insérer normalement dans la société. Il serait bienfaisant pour ce patient, qui a montré une excellente collaboration dans les différentes tentatives de réinsertion mises en place par votre Office, de pouvoir se concentrer maintenant sur la thérapie et les soins. Cela lui permettra de retrouver une qualité de vie correcte. L'impact d'une répétition systématique des situations d'échec sur la santé mentale n'est pas à négliger chez un patient déjà fortement fragilisé par le handicap psychique. Essayer à tout prix de lui faire atteindre des objectifs largement hors de portée a un effet clairement négatif sur la stabilisation du trouble.

Références bibliographiques :

Ghaziuddin, M. (2005). Mental health aspects of autism and Asperger syndrome. Jessica Kingsley Publishers.

Murad, A., Fritsch, A., Bizet, E., & Schaal, C. (2014, September). L'autisme à l'âge adulte : aspects cliniques. In Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique (Vol. 172, No. 7, pp. 577-586). Elsevier Masson."

Après avoir requis le point de vue du SMR sur le rapport précité (avis médical « audition » du 19 octobre 2020), l'OAI a, par décision du 20 octobre 2020, refusé le droit à une rente d'invalidité en

faveur de l'assuré pour des motifs identiques à ceux exposés dans son préavis du 28 juillet 2020.

B. Par acte du 20 novembre 2020, X._____, représenté par sa curatrice, elle-même représentée par Procap Suisse, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision précitée en concluant à sa réforme, en ce sens que l'OAI soit condamné à « verser au recourant les prestations légales découlant de la LAI ». Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il conteste l'évaluation médicale effectuée par l'OAI ; il fait valoir que le rapport d'expertise du 4 octobre 2019 doit se voir nier toute valeur probante pour les motifs évoqués dans le rapport de la Dre A._____ du 18 septembre 2020. Le recourant a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limité aux frais de justice.

Par décision du 24 novembre 2020, la juge instructrice a accordé à l'assuré le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 20 novembre 2020, en l'exonérant d'avances et des frais de judiciaires. Il était en outre exonéré de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 4 janvier 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il confirme la valeur probante du rapport d'expertise du 4 octobre 2019 du N._____ dont les pages 44 et 45 exposent les motifs pour lesquels l'expert psychiatre s'écarte du point de vue de la Dre A._____.

Le 21 janvier 2021, en réplique, le recourant a confirmé les « faits, moyens et conclusions » de son mémoire de recours du 20 novembre 2020.

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 droit à la rente du recourant, plus particulièrement sur la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire des Dres U. _____ et J. _____.

3. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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.

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit

être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_548/2013 du 2 octobre 2013 consid. 5.2.2 ; 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 et les références citées).

c) aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

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

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

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

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

considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5. a) 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. Parmi les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C_694/2014 du 1^{er} avril 2015 consid. 3.2 et les références citées). Il n'existe par ailleurs pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a ; TF 9C_694/2014 précité).

b) Le principe inquisitoire régit la procédure administrative. Selon ce principe, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles. Ce principe n'est toutefois pas absolu, compte tenu de l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 375 consid. 3).

6. a) En l'espèce, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité au recourant. Se fondant sur l'expertise bidisciplinaire (de médecine interne et psychiatrique) du 4 octobre 2019, et son complément du 9 mars

2020, des Drs U. _____ et J. _____ du N. _____, il a considéré que la capacité de travail de l'intéressé était entière et que son degré d'invalidité était insuffisant à ouvrir le droit à une rente. Le recourant conteste cette appréciation. Il conclut principalement à l'octroi des prestations querellées, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, en niant la valeur probante du rapport d'expertise pour les motifs évoqués par la Dre A. _____ le 18 septembre 2020.

b) Dans ses écritures, le recourant ne remet pas en question l'évaluation de sa situation sous l'angle somatique, laquelle apparaît investiguée à satisfaction. Il n'en va pas de même du registre psychique.

Il convient de relever en premier lieu que le rapport d'expertise psychiatrique du 11 août 2017 du Professeur F. _____ ne permettait pas à l'issue de la mesure de se déterminer sur la capacité de travail de l'assuré. Diagnostiquant un syndrome d'Asperger (F84.5) depuis l'enfance, cet expert a conclu à une réadaptation à 50 % pendant six mois, puis à 100 % exigible, avec la précision qu'un travail privilégiant les aptitudes intellectuelles (sans pour autant favoriser des défenses hypomanes) dans un domaine protégé et ritualisé (par exemple bibliothèque) était à favoriser, l'assuré ne pouvant s'adapter aux exigences d'une activité pratique, ni gérer des relations complexes avec autrui. Paradoxalement, la poursuite du suivi psychologique était qualifiée par l'expert d'« également capitale », sans traitement neuroleptique requis (en l'absence de troubles productifs de la lignée psychotique). Selon ses constatations cliniques, l'assuré présentait une difficulté manifeste à respecter les codes sociaux, sans agressivité ni tendance à la provocation. Le récit de vie était centré sur le sentiment d'altérité qui avait marqué son parcours. Les expériences difficiles de son enfance (avec plus de douze ans vécus en foyer) étaient abordées avec un détachement proche de l'émoussement affectif. La description des rapports avec autrui était souvent mécanique, dénuée d'affects autres que l'irritabilité ressentie à des moments d'hétéro-agressivité. Le lien objectal semblait inexistant non seulement avec ses parents mais aussi avec ses rares amis. L'expertisé restait perplexe quant à sa perspective d'avenir. Il se décrivait

avec des difficultés de concentration et de cognition sociale, peu apte à faire face aux contraintes, ayant un rendement trop faible et souvent absorbé par des pensées abstraites. Il était peu soucieux de l'avenir, adoptait par moments une position de supériorité qui contrastait avec sa situation actuelle, son lien avec la réalité étant toutefois très bien tenu. Dans le cadre du volet neuropsychologique de l'expertise du Professeur F._____, l'expertisé a fait part de difficultés rencontrées à l'école, notamment de concentration qu'il mettait sur le compte de son ennui face aux matières étudiées jugées trop simples et donc ennuyantes. Même s'il parvenait à se concentrer plusieurs heures si un sujet l'intéressait, il concédait se lasser très rapidement face à un stimulus répétitif. Il rapportait par ailleurs disposer d'une mémoire à court terme « inexistante », présenter de grandes difficultés d'organisation et égarer fréquemment ses affaires. Sa mémoire à long terme était sélective, variant selon son investissement et son intérêt pour le contenu (il se rappelait bien des événements de vie, mais mal des numéros de téléphone ou de ses heures de rendez-vous). Au niveau attentionnel, la passation d'une tâche informatisée (CPT-III) indiquait des scores déficitaires d'attention soutenue et sélective, ainsi que des signes d'impulsivité (taux de faux-positif et de réponses anticipatoires) et d'importantes fluctuations du maintien attentionnel. En conclusion, ce bilan neuropsychologique mettait en évidence une efficacité intellectuelle située dans les normes supérieures, caractérisée notamment par de très bonnes performances de mémoire de travail. Le profil cognitif était par ailleurs marqué par des fluctuations du niveau attentionnel, une impulsivité et des difficultés d'attention soutenue qui se retrouvaient plus particulièrement lors d'une tâche routinière et peu stimulante. Ces résultats étaient congruents avec les informations récoltées auprès de l'expertisé, notamment dans l'enfance, et pouvaient évoquer la présence d'un trouble de l'attention. Il était toutefois difficile de trancher à ce sujet, en raison de l'absence d'hétéro-anamnèse et dans le contexte d'un éventuel profil haut potentiel, signalé en 2005, mais toutefois non retrouvé au jour de l'expertise. Il était noté également la présence de performances limites de cognition sociale, affectant plus particulièrement la reconnaissance d'affects et la théorie de l'esprit. Sous la rubrique

« traitement et réadaptation », l'expert a noté que la présence du syndrome d'Asperger était une forme de perturbation autistique rare (souvent surévaluée) dont souffrait l'expertisé ; il s'agissait du diagnostic principal expliquant les perturbations des conduites sociales et leurs conséquences dans la vie professionnelle. L'expertisé ne présentait pas de comorbidités psychiatriques (troubles psychotiques ou dépressifs, d'addictions), ce qui était un facteur de bon pronostic.

Face à un tel tableau clinique dont la sévérité est corroborée par les résultats du bilan neuropsychologique, l'expert retient de manière paradoxale que la capacité de travail reste entière. Il nuance son estimation en affirmant que « l'expertisé ne pourra pas s'adapter aux exigences d'une activité pratique », la réadaptation professionnelle se comprenant comme un défi difficile. Aussi, de l'avis du Professeur F._____, il s'agissait d'accompagner l'assuré de manière constante malgré sa tendance à rompre les liens dans le passage à la vie adulte et de lui offrir une réadaptation dans un domaine qui mettait en exergue ses capacités intellectuelles respectant ses difficultés de contact humain et son impossibilité à gérer des changements et une exposition émotionnelle. Pour l'expert, à moyen terme, la sortie du foyer et le début d'une réadaptation dans un milieu protégé (par exemple bibliothèque) semblaient des objectifs réalistes, mais nécessitant un soutien thérapeutique continu. Toutefois, l'entraînement progressif au travail auprès de l'[...] à [...] du 12 mars au 11 juin 2018 n'a pas dépassé le 65 % sur 11h30 par semaine, malgré que l'intéressé se soit montré volontaire et motivé. C'est dans ce contexte que l'intimé a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire.

c) Dans le cas présent, à l'aune des critiques formulées par le recourant, on doit admettre que le volet psychiatrique de l'expertise réalisée par les Dres U._____, et J._____ du N._____ ne permet pas de comprendre aisément l'absence de répercussion du diagnostic retenu sur la capacité de travail, ce qui en infirme le caractère probant. En l'occurrence, le diagnostic de trouble envahissant du développement sans déficit intellectuel (ou syndrome d'Asperger) est posé, mais n'est pas jugé incapacitant. L'experte psychiatre est en effet d'avis que « les difficultés

liées à l'enfance de l'assuré et le peu d'étayage dans sa vie d'adulte, le diagnostic retenu peut être à l'origine des comportements de rupture de l'expertisé sous-tendue par les problématiques d'attachement depuis son enfance ». Elle attribue, pour sa part, les échecs d'insertion professionnelle non pas aux répercussions de la maladie du spectre autistique pourtant diagnostiquée, mais à des « difficultés psychosociales ». Ainsi, pour les experts N._____, l'atteinte psychique n'entraînerait aucune incapacité de travail depuis août 2017 ; ils ne se prononcent toutefois pas sur l'évolution et la période antérieure au mois d'août 2017. Le 9 mars 2020, sur demande de l'OAI, ils précisent encore que, de leur point de vue, les limitations psychiatriques évoquées ne sont pas source d'incapacité de travail ; selon eux, « en effet les troubles attentionnels avec hyperactivité en sus du diagnostic du syndrome d'asperger peuvent souvent être à l'origine de comportement impulsif et immature, ce qui est décrit dans les dossiers, mais ne peuvent justifier une IT [incapacité de travail] ». Ils observent à ce propos que l'intéressé a bénéficié d'un suivi spécialisé, de février à juin 2017, mais sans prendre de traitement psychotrope, ce qui confirmerait la « non-gravité des troubles et le manque d'arguments justifiant une incapacité de travail ». Dans ces conditions, on constate que la Dre U._____ atteste d'une part de la présence du diagnostic de syndrome d'Asperger en faisant état de difficultés d'insertion sociale et professionnelle, mais dissocie d'autre part tout lien entre ces deux éléments. Les motifs fournis étant toutefois imprécis et vagues, des clarifications ont dû être demandées par l'OAI. Or contrairement à l'analyse des experts N._____, les difficultés du recourant à s'insérer dans la vie sociale et professionnelle ne peuvent être imputées exclusivement au seul dysfonctionnement de son milieu familial tout en ignorant le diagnostic posé. L'intéressé a du reste été retiré de sa famille à l'âge de vingt-et-un mois, avec ses deux frères, pour être placé en foyer par les services sociaux. Malgré les nombreux changements de foyers vécus, il a toujours été bien encadré aux plans pédagogique et thérapeutique, ce qui lui a certes permis de suivre un parcours scolaire « normal » et d'obtenir son certificat de 9^{ème} VSO en août 2010, à l'âge de quinze ans. Si le trouble envahissant de la personnalité dont est affecté le recourant depuis l'enfance est certes susceptible d'être influencé par des

facteurs environnementaux, il ne saurait être sans aucun effet en tant que tel, comme le voudrait l'experte psychiatre, en imputant les difficultés exclusivement sur le compte du milieu de l'assuré. Le trouble envahissant du développement dont souffre l'assuré est une pathologie psychiatrique sévère, plus particulièrement une affection neurodéveloppementale qui, par définition, débute dans l'enfance et a influencé la totalité de son développement cognitif et affectif. La Dre U. _____ n'est du reste pas en mesure d'asseoir son point de vue sur des éléments médicaux objectifs. Ainsi, dans le complément d'expertise du 9 mars 2020, elle cite de la littérature médicale pour tenter d'étayer son propos, mais sans toutefois que ces articles ne permettent de distinguer les éléments qui relèvent de l'ordre du psychosocial de ceux liés au trouble neurodéveloppemental. De plus, l'experte psychiatre est contradictoire en ce qu'elle mentionne « l'instabilité émotionnelle et sociale de l'expertisé, sous-tendu par les problématiques d'attachement depuis son enfance » pour conclure plus loin que « son sens relationnel est préservé, il vit dans une pension, effectue des sorties de plusieurs jours avec des personnes du même âge pour apprécier un événement de musique en plein air, il aime faire la fête et a gardé contact avec chaque membre de sa famille ». La description de la vie relationnelle du recourant décrite par l'experte psychiatre ne correspond du reste pas à la réalité. Selon la Dre A. _____, consultée depuis mai 2017, l'intéressé passe en effet la plupart de son temps seul à son domicile. Il n'a d'ailleurs développé aucun lien significatif dans les foyers, ni aux ateliers de [...] où il se rend pourtant depuis de nombreuses années. Il est décrit comme un solitaire par ses maîtres socio-professionnels, passant la majeure partie de son temps isolé. Faute d'intérêt envers son interlocuteur, il est rapidement limité lorsqu'il doit entretenir une conversation dans un contexte social lambda. Il n'a pas développé de relation affective et entretient uniquement des relations superficielles dans le contexte de ses activités favorites, à savoir les jeux vidéo et l'univers manga. Objectivement, ses relations sont donc pauvres du fait qu'il a peu d'intérêt spontané pour l'autre et qu'il peine à investir de nouveaux liens. Dans le rapport d'expertise, la Dre U. _____ retient que les difficultés d'insertion sont de nature « non médicales » et « psychosociales ». Elle écrit toutefois qu'« en somme des raisons

médicales sont à l'origine de limitations fonctionnelles : troubles de l'attention, trouble de la concentration, distractivité, difficultés interactionnelles et sensibilité au stress ». Or il y a là une flagrante contradiction dans les conclusions mêmes de l'expertise, étant entendu que les restrictions fonctionnelles ne peuvent pas être à la fois de nature médicales et non médicales. Une autre incohérence est relevée en lien avec l'évaluation des capacités attentionnelles. La Dre U._____ écrit ainsi que « le profil neuropsychologique pourrait être compatible avec un trouble de déficit de l'attention et hyperactivité/impulsivité », mais elle indique un peu plus loin que les capacités attentionnelles sont « non limitées » ; malgré ce constat, elle suggère toutefois l'introduction d'un traitement de méthylphénidate à 20 mg pour « apaiser les troubles attentionnels qui sont régulièrement à l'origine des décrochages scolaires ». Dans le cadre de son analyse, la Dre U._____ semble par ailleurs ne pas avoir tenu compte des spécificités caractérisant le trouble d'Asperger diagnostiqué. A son avis, des difficultés attentionnelles ne peuvent pas être reconnues au motif que le recourant parvient à rester concentré plusieurs heures dans ses livres préférés ou sur son ordinateur. Or, c'est ignorer que, dans le syndrome d'Asperger, la capacité de maintien de l'attention sur des sujets d'intérêt particulier n'est pas un critère pour évaluer la capacité à maintenir l'attention sur d'autres types de sujets. Dans les faits, précisément au cours de la mesure dont il a bénéficié de mars à juin 2018 auprès d'[...], le recourant a été présent de manière irrégulière en fonction de la fluctuation de son état psychologique ou des événements survenus dans la journée. Cet état de santé fluctuant sur le plan de l'impulsivité en réponse à des stimuli externes atteste si nécessaire que le trouble attentionnel du recourant constitue une expression de son trouble envahissant du développement, et dont il ne peut être dissocié. Pour expliquer les difficultés de flexibilité cognitive ou des phases d'effondrement anxio-dépressifs, la Dre U._____ évoque une consommation problématique d'éthyle et de toxiques (cannabis) en précisant que le comportement de surconsommation de substances psychoactives a été très bref dans la vie de l'expertisé, courant de l'année 2018. Or, selon le dossier, l'assuré n'a présenté aucun signe de consommation de toxiques régulière ou problématique durant ses années

de suivi par l'antenne de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire du CHUV. De plus, ses analyses sanguines effectuées dans le cadre de l'expertise N._____ se sont avérées négatives aux produits d'addiction. Sur ce point également, la Dre U._____ ne convainc pas la Cour de céans, dans la mesure où elle a du reste elle-même admis, dans le complément d'expertise du 9 mars 2020, que les périodes de suralcoolisation (de quelques semaines) ne pouvaient être retenues comme étant des limitations pérennes, l'expertisé ayant renoncé à toute consommation de substances psychoactives.

Au demeurant, les conclusions du rapport d'expertise de 2019 ne s'accordent pas aux résultats du volet neuropsychologique du rapport d'expertise psychiatrique d'août 2017 du Professeur F._____. De plus, le rapport d'expertise N._____ est contradictoire avec l'ensemble des rapports précédents des psychiatres consultés depuis plusieurs années à l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire du CHUV Site d'[...].

Enfin, le rapport d'expertise N._____ ne permet pas une évaluation de la situation du recourant à la lumière des indicateurs développés dans l'ATF 141 V 281. En règle générale, il n'appartient pas au juge de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical. Dans le cas présent, les seules indications de la Dre U._____ qui ont trait au déroulement d'une journée-type et au traitement suivi tiennent sur une seule page! Au vu de la pauvreté des informations, il est impossible d'examiner la capacité résiduelle de travail réellement exigible au moyen d'un catalogue d'indicateurs appliqués selon la grille d'évaluation qui comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (cf. consid. 4c supra). Par ailleurs, et comme le met en évidence la Dre A._____, l'anamnèse quotidienne rapportée par l'experte psychiatre décrit une qualité de vie relativement préservée avec des interactions sociales, description qui est en totale contradiction avec celle des psychiatres consultés depuis plusieurs années. A cela s'ajoute encore que, dans sa

réflexion, l'experte psychiatre n'a pas intégré les caractéristiques du diagnostic de syndrome d'Asperger qu'elle a pourtant retenu. Dans la mesure où ses conclusions sont par ailleurs en contradiction totale avec celles des médecins traitants, il appartenait à la Dre U._____ d'étayer son point de vue en indiquant les raisons pour lesquelles elle ne partageait pas l'avis de ses confrères, ce qu'elle n'a pas fait, ou à tout le moins pas de manière claire et compréhensible. Le bilan neuropsychologique effectué au Neurocentre (H._____) atteste des troubles de la cognition sociale ; les examens révèlent une mentalisation déficitaire et une anxiété sociale ; l'empathie obtient un score jugé « pathologique » et l'experte atteste également de troubles dans la reconnaissance faciale des émotions. Ce bilan évoque un possible trouble de déficit d'attention et hyperactivité / impulsivité associé à un syndrome d'Asperger. Face à de tels résultats et compte tenu des difficultés du recourant à se réaliser dans la vie professionnelle et dans ses relations personnelles, le travail d'expertise exigeait de la part de l'experte psychiatre une démarche diagnostic beaucoup plus poussée sur les particularités marquées dans la perception de l'environnement et sur les effets de la façon différente d'interagir avec le monde (maladresse dans les contacts sociaux, difficulté à reconnaître les émotions et à les gérer, etc.) chez l'assuré. Un tel procédé aurait sans doute permis de mieux différencier le syndrome d'Asperger des autres troubles apparus dans le développement du recourant (pour rappel, un profil cognitif marqué par des fluctuations du niveau attentionnel, une impulsivité et des difficultés d'attention soutenue).

d) Au vu de ce qui précède, il convient de nier toute valeur probante au volet psychiatrique de l'expertise N._____.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des

prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances sociales examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 *ad* art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, le cas du recourant a été investigué de manière convaincante et exhaustive du point de vue somatique. Sur le plan psychiatrique, il sied de constater le manque de clarté et de pertinence des conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 4 octobre 2019, éléments également mis en exergue par l'intimé (cf. avis juriste du 20 février 2020), lequel a estimé nécessaire de solliciter des éclaircissements sur une dizaine de points. A la suite du complément du 9 mars 2020, il a été constaté que les explications fournies ne répondaient pas toujours directement aux questions posées (cf. avis juriste du 12 mai 2020),

notamment sur l'impact antérieur à 2017 de l'atteinte à la santé. Devant ce constat, l'intimé a toutefois conclu à la valeur probante de l'expertise, alors même que la recherche d'informations pour répondre aux questions s'est avérée plus que laborieuse, voire a nécessité de retenir par exemple une conclusion contraire de celle des experts par suite d'interprétation : *« on voit en effet aussi que les facteurs psycho-sociaux sont très imbriqués avec les facteurs bio-médicaux, ce qui confirme (au lieu de l'exclure, comme semblent le faire les experts) le lien entre l'absence de formation réussie à ce jour et l'atteinte à la santé de l'assuré »* (cf. avis juriste précité, p. 2). Au vu des éléments précités, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique conforme aux exigences posées par la récente jurisprudence fédérale.

8. a) Le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'OAI, la cause lui étant renvoyée pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et dans toute discipline jugée utile, puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 20 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :

