

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 569 vom 22. Juli 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-07-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__569

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 569 du 22 juillet 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 569 del 22 luglio 2016

Regeste

FORMATION PROFESSIONNELLE INITIALE, RENTE D'INVALIDITÉ, DEVOIR DE COLLABORER, SOMMATION | 28 LAI, 4 LAI, 7 LAI, 8 al. 3 LAI, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 2

Plaintes et données subjectives de l'assur[é] M. F.S._____ ne se considère plus malade et ne se sent pas limité sur sa capacité de travail, tant sur le plan physique que psychique. Il aimerait trouver un travail et entreprendre, auparavant, une formation liée à la nature, comme par exemple paysagiste ou la menuiserie. Il aimerait également exercer une activité en tant que guide touristique ou agent de voyage.

E. 2.3

; cf. TF 8C_525/2009 du 18 mai 2010 consid. 3.2.1 et I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1 ; cf. TFA I 605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Cette procédure est un préalable impératif avant tout refus ou suppression de prestations (cf. Valterio, op. cit., n° 1273 p. 353 et les références citées ; cf. dans le même sens Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3 e éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n° 134 ad art. 21 LPGA p. 327). b) Au cas particulier, il y a lieu de retenir que la formation d'assistant en pharmacie était de toute évidence adaptée aux restrictions physiques du recourant, lequel ne présente du reste aucun trouble psychique incapacitant (cf. consid. 5 supra). Partant, ce n'est donc pas une cause médicale qui a mis en échec cette formation (cf. avis médical SMR du Dr Q._____ du 19 février 2013). Dans ces conditions, il faut admettre que l'assuré a interrompu sa formation d'assistant en pharmacie pour des raisons étrangères à son état de santé. L'intéressé ne fait par ailleurs valoir aucun motif excusable justifiant l'abandon de cette formation, qu'il y a donc lieu de considérer comme volontaire. Cela étant, ayant procédé conformément aux exigences formelles prévues par la loi en adressant une sommation au recourant le 5 août 2014 assortie d'un délai de réflexion convenable au vu des circonstances du cas particulier, l'OAI était par conséquent justifié, faute de réaction dans le laps de temps imparti, à rendre une décision de refus de mesures d'ordre professionnel en l'état du dossier.

E. 3

Status clinique L'assuré est venu seul et se présente comme un homme faisant son âge, [...] bien soigné de sa personne. Calme, collaborant, il s'exprime correctement en français dans un discours cohérent, réfléchi et riche quant au contenu. Il se montrera collaborant tout au long de l'entretien. L'assuré est bien orienté dans les trois modes, c'est-à-dire dans le temps, l'espace et quant à la situation. Il n'y a pas de trouble de l'attention, de la compréhension ou de la concentration. Il n'y a pas de troubles de la mémoire, de fixation ou de la mémoire

d'anciens souvenirs. Il n'y a pas de troubles au niveau de l'intelligence. Concernant la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'assuré ne présente pas de troubles formels de la pensée sous la forme de barrage, clivage ou réponse à côté. Il n'y a pas d'idées délirantes simples ou systématisées. Il n'y a pas de troubles de la persécution sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques. Il n'y a pas d'idées de concernement simples ou délirantes, il n'y a pas d'idées interprétatives simples ou délirantes. Par rapport à la lignée dépressive et au moment de l'entretien, l'assuré est détendu et d'une humeur plutôt joyeuse. Il ne montre pas de signes ou de symptômes d'un ralentissement psychomoteur, il n'y a pas donc de troubles de la concentration si ce n'est quelques légères imprécisions de sa mémoire concernant les années de ses opérations chirurgicales et de ses formations. Pas d'idées noires et/ou d'envies suicidaires motivées. A noter des ruminations et des légères angoisses en lien avec les réussites des nouvelles formations qui l'empêchent par moment de trouver le sommeil rapidement. Pas de trouble de maintien du sommeil. Pas de troubles de l'appétit. Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de colère, pas de révolte, pas de fuite dans les idées, pas de comportement provocateur, manipulateur, comportement désinhibé, pas de contact familial avec l'expert. Concernant les conduites d'addiction, l'assuré ne fume pas et ne se drogue pas si ce n'est une consommation épisodique de bières lors de fêtes et le week-end, mais il ne se considère pas comme étant dépendant de l'alcool. Au cours de l'entretien, nous n'avons pas constaté de signes ou des symptômes parlant en faveur d'une dépendance aiguë ou chronique à l'alcool. L'assuré ne consomme pas de cannabis ni de drogues dures, il n'a jamais consommé de substances excitantes telles que des amphétamines ou l'e[cs]tasy. Au vu des récents bilans neuropsychologiques effectués, nous n'avons pas estimé nécessaire de procéder à un nouveau testing. Rien dans l'anamnèse ni dans l'exploration clinique de l'assuré ne fait penser à la présence d'un trouble de la personnalité établi. [...]

E. 4

Diagnostics

E. 4.1

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? - Z03.2 Absence de diagnostic ou d'affection psychiatrique. - Cardiopathie congénitale opérée plusieurs fois. - Epilepsie depuis 1993.

E. 4.2

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? - Nihil.

E. 5

Se fondant sur la position du SMR et les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 7 février 2013, l'OAI, aux termes de la décision entreprise, a retenu que l'assuré disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et qu'il ne présentait par ailleurs aucune atteinte psychiatrique. Le recourant, de son côté, a fait valoir que l'OAI n'avait pas appréhendé sa situation médicale à sa juste mesure, se prévalant essentiellement de l'appréciation de ses médecins traitants les Drs X. _____ et F. _____. a) Il convient dans un premier temps de se pencher sur les problèmes somatiques de l'assuré. aa) Il est constant que diverses prestations de l'AI ont été accordées au recourant dès sa naissance, eu égard à une cardiopathie congénitale complexe s'accompagnant de troubles épileptiques séquellaires à

des abcès cérébraux (cf. let. A supra). A l'occasion des mesures d'ordre professionnel mises en œuvre dès 2006 et interrompues fin 2008, une pleine capacité de travail lui a plus particulièrement été reconnue dans une activité n'exigeant pas d'effort physique soutenu, n'étant pas soumise à un horaire irrégulier et évitant le stress, l'utilisation de machines dangereuses ainsi que le travail en hauteur (cf. let B supra [spéc. l'avis médical SMR du Dr M. _____ du 17 décembre 2008]). bb) Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations déposée le 31 août 2010, le Dr N. _____ a notamment indiqué, sous l'angle cardiologique, que le pronostic était bon même si l'intéressé – récemment opéré pour une correction chirurgicale de sa cardiopathie – pouvait clairement présenter des difficultés sur des efforts physiques importants (cf. rapport du 27 septembre 2010 p. 1). Ultérieurement, une bonne évolution a été signalée sur le plan clinique, bien qu'avec une capacité fonctionnelle difficilement évaluable (cf. rapport des Drs N. _____ et K. _____ du 17 août 2012 p. 3). Quand bien même ces indications n'émanent pas d'un médecin somaticien, on notera au surplus que le Dr F. _____ a signalé, de son côté, que le recourant n'avait plus de limitations dues à l'atteinte cardiologique (cf. rapport du 3 janvier 2014 p. 2), ce qui tend à confirmer le pronostic favorable émis par les cardiologues consultés. Au niveau neurologique, le Dr H. _____ a relevé une stabilisation depuis mai 2010 et estimé qu'à long terme (eu égard à l'intervention chirurgicale du 10 août 2010) la capacité de travail prévisible était de 100% dans un métier adapté – soit une activité ne nécessitant pas de soulever/porter ou de monter sur une échelle/un échafaudage, l'intéressé présentant en outre une résistance limitée (cf. rapport du 4 octobre 2010 p. 1 s.). Ayant repris le suivi du patient au printemps 2012 et adapté sa médication (cf. rapport du 16 mai 2012 p. 2 s.), le Dr X. _____ a observé à la fin de cette même année qu'aucun événement évocateur d'une crise d'épilepsie n'était signalé, qu'il n'y avait pas eu d'épisodes de céphalées à caractère migraineux, que seul était annoncé un unique épisode de céphalée plus intense sans phonophobie et qu'il y avait en outre une réduction de la céphalée « de fond » chronique, sans aucune autre nouvelle symptomatologie (cf. rapport du 18 décembre 2012 p. 1). Se prononçant à la suite d'un électroencéphalogramme de longue durée, la Dresse Z. _____ n'a par ailleurs pas relevé d'anomalie significative (cf. rapport du 4 avril 2013 p. 2). Si le Dr X. _____ a ensuite évoqué un épisode migraineux très fort en septembre 2013, avec une accentuation des troubles du sommeil et des céphalées chroniques quotidiennes, on constate néanmoins qu'il s'agissait du premier épisode migraineux depuis plus d'une année et qu'aucune nouvelle crise épileptique n'a en revanche été signalée (cf. rapport du 8 novembre 2013 p. 1). Le 3 janvier 2014, le Dr F. _____ a également rapporté des céphalées quotidiennes chronifiées (cf. rapport du 3 janvier 2014 p. 1 ss), mais a signalé l'absence de crises d'épilepsie depuis 2011 (cf. ibid. p. 2). Lors d'un entretien le 24 février 2014 notamment en présence du Dr Q. _____ du SMR, l'assuré, qui signalait des maux de tête et des troubles du sommeil, a en particulier convenu qu'il prendrait contact avec le Dr X. _____ afin d'apporter d'éventuels nouveaux éléments sur le plan neurologique. Moins de cinq mois plus tard, le recourant a toutefois informé l'OAI qu'il partait en formation à l'étranger et qu'aucun bilan neurologique ne serait effectué, sous réserve d'investigations par le Dr X. _____ en cas de problème de santé (cf. courriel de l'assuré du 7 juillet 2014). cc) Au regard de ces éléments, l'intimé a retenu que l'assuré présentait certes des affections cardiologiques et neurologiques imposant des restrictions d'ordre physique à l'exercice d'une activité professionnelle, mais qu'il conservait néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques engendrées par lesdits troubles – soit une activité sans travaux

lourds, sans travaux en hauteur, sans utilisation de machines dangereuses et sans horaires irréguliers (cf. sommation du 5 août 2014 p. 2, projet de décision du 4 septembre 2014 p. 2 et décision de refus de prestations du 14 octobre 2014 p. 1). Or, à l'examen des pièces médicales évoquées ci-dessus, rien ne permet de mettre en doute cette conclusion. Le certificat médical établi le 7 novembre 2014 par le Dr X. _____ n'y change rien. Aux termes de cette attestation, le neurologue traitant s'est en effet contenté de mettre en exergue la problématique neurologique de son patient, estimant que celle-ci ne pouvait être ignorée dans l'évaluation des capacités fonctionnelles. Force est toutefois de constater que l'aspect neurologique a dûment été pris en considération par l'intimé, quoi qu'en dise le Dr X. _____, lequel ne s'est du reste pas prononcé concrètement sur lesdites capacités fonctionnelles. S'il est par ailleurs incontestable que le recourant présente des atteintes neurologiques nécessitant un suivi médical, comme l'ont relevé le Dr X. _____ dans son certificat susdit et le recourant dans son écriture du 15 février 2015 (p. 1), ce seul élément – bien connu de l'intimé – ne suffit pas pour émettre des réserves quant à l'exercice d'une activité appropriée. Finalement, en tant que le Dr X. _____ relève ne pas avoir fait l'objet d'une demande de rapport médical de la part de l'OAI (argument repris par le recourant le 15 février 2015 p. 1), il y a lieu de souligner que c'est à l'assureur de prendre d'office les mesures d'instruction et de réunir les informations dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Or, en l'espèce, les éléments au dossier (et en particulier les comptes-rendus du Dr X. _____ des 16 mai 2012, 18 décembre 2012 et 8 novembre 2013) ne faisaient apparaître aucune évolution significative du point de vue neurologique méritant d'être plus spécifiquement investiguée avant qu'une décision ne soit rendue. Bien plus, la Cour relève, à l'instar de l'OAI, qu'il a été renoncé à un bilan neurologique complet courant 2014, d'éventuelles investigations en cas de problèmes de santé étant réservées (cf. courriel de l'assuré du 7 juillet 2014) – preuve que, sous cet angle, des mesures supplémentaires de la part de l'office n'auraient selon toute vraisemblance rien apporté de nouveau. Pour le surplus, si les pièces au dossier se réfèrent également à des épisodes de céphalées et migraines, aucun élément médical concret ne permet cependant de leur attribuer objectivement un caractère incapacitant. Il apparaît notamment que cette problématique était déjà évoquée par les Drs Y. _____ et T. _____ dans leur avis SMR du 21 novembre 2001, signalant des céphalées récidivantes taxées de migraines et pour lesquelles une cause infectieuse avait été exclue en 1998, mais qu'en revanche aucun neurologue n'a jusqu'ici fourni d'appréciation motivée permettant de qualifier ce trouble d'invalidant. On ne peut du reste rien déduire des céphalées incapacitantes diagnostiquées par le psychiatre traitant, sans aucune explication concrète (cf. rapport du 3 janvier 2014 p. 1). Le même constat s'impose s'agissant des troubles de vue invoqués par l'assuré (cf. demande de détection précoce du 28 juillet 2010 p.1 et écriture du 15 février 2015 p. 2), comme des problèmes dorsaux mentionnés par le Dr F. _____ (cf. rapport du 3 janvier 2014 spéc. p. 2). Peu importe, du reste, que la limitation fonctionnelle liée au stress retenue en son temps par le Dr M. _____ (cf. avis médical SMR du 17 décembre 2008) ne figure plus parmi les restrictions physiques évoquées dans la décision entreprise (cf. décision du 14 octobre 2014 p. 1). En effet, non seulement cette cautèle avait-elle été émise pour tenir compte du stress engendré par le temps de déplacement entre le domicile de l'assuré et le lieu où ce dernier effectuait alors un apprentissage de cuisinier (cf. procès-verbal d'entretien de l'OAI du 22 avril 2008), mais encore était-il question à l'époque d'un assuré d'à peine 18 ans présentant une certaine immaturité et vivant une relation fusionnelle avec sa mère et conflictuelle avec son père (cf. avis précité du 17 décembre 2008) – circonstances dont rien

au dossier n'incite à penser qu'elles devraient à l'heure actuelle faire l'objet de limitations spécifiques. dd) A la lumière de ce qui précède, la Cour de céans ne peut donc que rejoindre l'intimé pour reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles cardiologiques et neurologiques. b) Reste à examiner l'aspect psychique. aa) Dans son rapport du 23 février 2011 (p. 1 s.), la Dresse V._____ a expliqué que le recourant ne présentait pas d'affection psychique aiguë, évoquant néanmoins des troubles de la personnalité à investiguer et mentionnant en outre des mécanismes de défense de même que des difficultés liées à une étape de vie privée et professionnelle. Elle n'a par ailleurs pas retenu d'incapacité de travail pour raisons psychiques. Cela étant, la Dresse V._____ a préconisé des investigations plus poussées (telles qu'un test de QI, des tests neuropsychologiques et des tests projectifs), afin de déterminer l'existence de troubles de la personnalité et/ou de séquelles en lien avec les difficultés rencontrées par l'assuré durant son enfance (cf. rapport du 23 février 2011 p. 3). C'est ainsi qu'un bilan neuropsychologique a été effectué entre les 30 août et 7 septembre 2011. Aux termes de cet examen, les psychologues I._____ et R._____ ont fait état de performances cognitives dans les normes – voire dans les normes supérieures – lors de la majorité des épreuves administrées, avec une amélioration depuis la dernière évaluation réalisée en 2003 (cf. rapport du 16 septembre 2011 p. 3). L'OAI a par ailleurs mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Centre B._____. Dans leur rapport d'expertise du 7 février 2013, les Drs G._____ et W._____ ont conclu à l'absence de diagnostic ou d'affection psychiatrique. Ils ont plus particulièrement relevé que rien dans l'anamnèse ni dans l'exploration clinique de l'assuré ne faisait penser à la présence d'un trouble de la personnalité établi, tout en soulignant que les résultats des tests neuropsychologiques et projectifs réalisés en 2011 étaient tous à la limite de la normale. Partant, les Drs G._____ et W._____ n'ont retenu aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 7 février 2013 pp 4 ss). En résumé, il appert que si la psychiatre V._____ a dans un premier temps exclu toute atteinte psychiatrique aiguë mais préconisé des investigations supplémentaires afin d'affiner l'évaluation de l'état de santé psychique de l'assuré, ces examens additionnels ne se sont finalement pas révélés concluants, puisque le bilan neuropsychologique effectué a débouché sur des résultats dans les limites de la norme et que l'expertise psychiatrique confiée aux spécialistes du Centre B._____ n'a mis en lumière aucun trouble d'origine psychique susceptible d'influencer défavorablement la capacité de travail. bb) Reste à se positionner sur les arguments invoqués par le recourant et ses médecins traitants à l'encontre de cette appréciation, s'agissant plus spécifiquement des conclusions de l'expertise psychiatrique du Centre B._____. aaa) Contrairement aux spécialistes intervenus jusqu'alors, le Dr F._____ a retenu des atteintes psychiques/psychosomatiques se répercutant sur la capacité de travail, sous forme de trouble de la personnalité de type névrose de caractère et de neurasthénie (cf. rapport du 3 janvier 2014 p. 1). On ne saurait toutefois s'en tenir aux diagnostics ainsi mentionnés, faute pour ceux-ci de reposer sur une motivation convaincante. S'il est vrai que le Dr F._____ s'est référé à un sentiment de fatigue chronique d'intensité variable chez le recourant (cf. ibid. p. 2), manifestement assimilé par ce médecin à de la neurasthénie, ce sentiment ne saurait toutefois équivaloir à un diagnostic psychiatrique posé lege artis sur la base d'un raisonnement objectif (cf. consid. 4b supra). Cette remarque trouve également à s'appliquer s'agissant de l'affirmation péremptoire du psychiatre traitant, selon laquelle l'assuré présenterait un « tableau correspondant particulièrement bien à celui de la neurasthénie » (cf. rapport du 3 janvier 2014 p. 3). Certes, le Dr F._____ semble avoir

fondé son appréciation sur le parcours de vie et les plaintes du recourant telles que reportées dans des tableaux et graphiques établis en 2013. Néanmoins, tant l'anamnèse personnelle que les plaintes annoncées – celles-ci étant strictement subjectives, ce dont le psychiatre traitant a lui-même convenu (cf. *ibid.* p. 3) – ne sauraient être considérées comme déterminantes à elles seules lorsque fait défaut, comme en l'espèce, une réelle analyse médicale de la situation reposant sur des critères scientifiques objectifs. Sous cet angle déjà, l'appréciation du Dr F. _____ est donc sujette à caution. Invoquant en outre un examen psychologique effectué en 2013, le Dr F. _____ a fait état d'une problématique de névrose de caractère ou d'état limite ignorée par les experts du Centre B. _____, s'agissant de manifestations cachées chez un patient avec des séquelles psychologiques de son histoire et pour qui il était très important de prétendre être tout à fait normal et de n'avoir aucun problème (cf. *ibid.* p. 3). Le psychiatre traitant a ainsi évoqué un mal-être cachant un trouble plus profond de la personnalité avec des difficultés d'adaptation récurrentes et chroniques, respectivement un problème de personnalité sous-jacent (cf. *ibid.* p. 3). A ce propos, on notera toutefois que dans le rapport d'examen psychologique du 28 juillet 2013 (p. 3) mentionné par le Dr F. _____, la psychologue O. _____ s'est limitée à mettre en évidence un aménagement de la personnalité de niveau état-limite organisé principalement autour de la lutte contre les besoins de dépendance et contre le vécu dépressif engendré par la perte. Elle n'a en revanche à aucun moment fait mention d'indicateurs clairs évoquant un état pathologique susceptible d'entrer dans la définition d'un trouble de la personnalité à proprement parler (F60) – autrement dit d'une perturbation sévère de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, non directement imputable à une maladie, une lésion ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique (cf. CIM-10-GM 2014, Index systématique – Version française, Volume 1 [chapitres I-XI], Neuchâtel 2014, p. 212, texte édité par l'Office fédéral de la statistique [OFS]) – ni, à plus forte raison, d'un trouble de personnalité de type névrose de caractère (F60.9). Pour le surplus, le Dr F. _____ n'a pas apporté de réel raisonnement médical à l'appui d'un tel diagnostic, à l'égard duquel on ne peut donc qu'émettre des réserves. A cela s'ajoute que les experts du Centre B. _____ n'ont pas négligé l'étude du mode de fonctionnement du recourant, puisqu'ils ont relevé une certaine dépendance envers l'entourage avec procrastination, sans toutefois déceler tous les critères nécessaires pour poser un diagnostic psychiatrique ; ces mêmes experts ont par ailleurs retenu que rien dans l'anamnèse et l'exploration clinique de l'assuré n'indiquait la présence d'un trouble de la personnalité établi, les ruminations de l'intéressé avant de s'endormir et le manque de motivation, voire de concentration, lors des formations s'expliquant par les lourds antécédents somatique et leurs répercussions émotionnelles, (cf. rapport d'expertise du 7 février 2013 p. 4 s.). L'analyse du dossier ne révèle, en outre, aucun indice sérieux laissant à penser que les experts du Centre B. _____ auraient été trompés par les efforts du recourant pour dissimuler ses problèmes. Si tel est certes l'avis du Dr F. _____, ce dernier s'est toutefois gardé de fournir des éléments concrets susceptibles d'en faire la démonstration. On ne saurait dès lors suivre le psychiatre traitant lorsqu'il affirme que les experts du Centre B. _____, induits en erreur par le comportement de l'assuré, auraient omis de reconnaître l'existence d'un trouble psychiatrique latent. Au final, il apparaît tout au plus que ce médecin a proposé sa propre évaluation de la situation, sans toutefois parvenir à l'étayer de manière concluante ni à démontrer en quoi celle des experts était erronée. Pour l'ensemble de ces motifs, le diagnostic de trouble de la personnalité ne peut pas non plus être retenu. Par ailleurs, la Cour de céans constate que nonobstant les troubles

incapacitants évoqués, le Dr F. _____ ne s'est à aucun moment prononcé sur la capacité de travail du recourant, considérant qu'il était prématuré de s'attarder sur cette question et qu'il y avait lieu d'attendre que l'intéressé ait trouvé une activité professionnelle pour connaître sa réelle capacité de travail. On rappellera toutefois que, précisément, la tâche du médecin consiste – en particulier – à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (cf. consid. 4c supra). En s'abstenant d'aborder cette problématique (et ce nonobstant une situation médicale décrite à l'unanimité comme stationnaire), le Dr F. _____ s'est donc prononcé de manière incomplète, ce qui justifie d'autant plus d'écarter son appréciation. Bien plus, selon le psychiatre traitant, le recourant serait soumis à une certaine pression familiale dans la recherche d'une formation professionnelle (cf. rapport du 3 janvier 2014 p. 4) – paramètre qui, s'il peut s'avérer dommageable pour la réussite des projets entrepris, n'est toutefois pas du ressort de l'AI. Au surplus, on notera encore que la psychologue O. _____, dont l'appréciation a été invoquée par le Dr F. _____, n'a relevé aucun signe d'atteinte cognitive, comme l'avaient fait deux ans plus tôt les psychologues I. _____ et R. _____, dont l'évaluation a été prise en considération par les experts du Centre B. _____. A l'aune de ce qui précède, il apparaît par conséquent que les considérations des experts du Centre B. _____ quant à l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant doivent l'emporter sur celles du psychiatre traitant. bbb) Si par ailleurs le Dr X. _____ mentionnait une altération de la thymie dans son rapport du 8 novembre 2013 (p. 1), celle-ci s'inscrivait dans le contexte spécifique d'un échec lors d'une tentative de formation à l'étranger. En tout état de cause, cette simple référence, dépourvue de précisions, ne saurait suffire pour mettre à mal les constatations des experts du Centre B. _____. Du reste, force est de constater que cette problématique n'est plus évoquée dans le certificat médical du Dr X. _____ du 7 novembre 2014. Peu importe en outre que le neurologue X. _____ n'ait pas été contacté lors de l'expertise psychiatrique du Centre B. _____ (cf. certificat médical du 7 novembre 2014). De fait, on voit mal ce qui aurait justifié une telle prise de contact, dès lors que les spécialistes du Centre B. _____ étaient appelés à se prononcer non pas sous l'angle neurologique mais sous l'angle psychiatrique et qu'ils avaient du reste à leur disposition le dossier complet de l'assuré (soit également sur le plan neurologique), ayant par ailleurs pratiqué un examen clinique le 7 novembre 2012 sans mettre en évidence d'éléments nécessitant l'interpellation d'un neurologue. ccc) Sur un autre plan, en tant que la durée de l'expertise psychiatrique du Centre B. _____ a été mise en cause (cf. objections du 27 septembre 2014 p. 1 s. et écriture du 15 février 2015 p. 1), il y a lieu de relever que la durée de l'examen n'est pas en soi un critère pour juger de la valeur probante d'un rapport médical et que cet aspect ne saurait remettre en question la valeur du travail d'un expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré concerné dans un délai relativement bref (cf. TF 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 5.2 et 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2). Bien plus, le caractère ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un médecin traitant ne saurait ensuite ôter toute valeur à la première dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre – moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement un médecin traitant à son patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) – et autorisé sur un cas particulier (cf. TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Au reste, rien ne démontre en l'espèce que le caractère ponctuel de l'expertise aurait exercé une quelconque influence sur le jugement porté par les experts du Centre B. _____. Au surplus, peu importe que l'examen clinique ait dans un premier temps été conduit par un

médecin assistant, puis par son responsable (cf. objections du 27 septembre 2014 p. 1 s.). En effet, il n'en demeure pas moins que le rapport d'expertise du 7 février 2013 a été signé par ces deux médecins, dont l'un – en sa qualité de médecin psychiatre à la tête du Centre B. _____ – disposait des qualifications nécessaires pour procéder à une telle évaluation. Or, selon la jurisprudence, le rôle de l'expert dans une discipline médicale spécifique suppose des connaissances correspondantes de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (cf. TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid 3.2), cette dernière hypothèse étant dans tous les cas réalisée en l'espèce. cc) Dans ces conditions, force est d'admettre que, sur le plan psychiatrique, les conclusions des experts du Centre B. _____ sont convaincantes, qu'aucun motif pertinent ne permet de les remettre en cause et qu'elles répondent ainsi aux exigences requises pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 4c supra; cf. également ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Sur cette base, on retiendra donc que le recourant ne présente aucune atteinte du registre psychiatrique susceptible d'amoinrir sa capacité de travail. A ce niveau, la position du SMR (cf. notamment avis médicaux du Dr Q. _____ des 19 février 2013 et 10 janvier 2014) et, corollairement, de l'OAI échappe donc à la critique. c) Dès lors, la Cour de céans ne peut que se rallier à l'intimé pour retenir que le recourant dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et qu'il ne présente en outre aucune atteinte psychiatrique réduisant sa capacité de travail.

E. 6

C'est sur la base de ce constat que l'office a statué le 14 octobre 2014, mettant un terme aux mesures d'ordre professionnel octroyées à l'assuré, non sans lui avoir préalablement adressé une sommation le 5 août 2014 avec un délai au 26 août 2014 pour reprendre le stage interrompu en 2012. a) Sur ce point, on notera qu'en vertu de l'art. 7 al. 2 let. c LAI, l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels) – et cela notamment s'agissant de mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). En vertu de l'art. 7 b al. 1 LAI, si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI (de même qu'à celles exposées à l'art. 43 al. 2 LPGA), les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA. Selon cette dernière disposition, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite ; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (cf. ATF 134 V 189 consid.

E. 7

Considérant ainsi qu'il n'y avait pas lieu à des mesures professionnelles, l'OAI, aux termes de la décision entreprise, a également dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. a) Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec le celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (cf. art. 16 LPGA et art. 28 a al. 1 LAI). b) En l'occurrence, l'intimé s'est abstenu de procéder au calcul effectif du degré d'invalidité du recourant, retenant que ce dernier ne pouvait se prévaloir d'aucun préjudice économique dans la mesure où, sans atteinte à la santé, il aurait également suivi un apprentissage d'assistant en pharmacie avec CFC puis aurait travaillé en plein dans cette profession. De fait, il y a lieu de relever que nonobstant l'intérêt montré par l'assuré pour les métiers d'assistant vétérinaire, cuisinier, pâtissier ou encore opticien, c'est toutefois bien lui qui a choisi de se tourner vers une formation d'assistant en pharmacie en 2011, après avoir fait un stage lui ayant beaucoup plu (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 14 février 2011). Il a d'ailleurs indiqué à l'OAI, lors de la mise en œuvre de ce nouveau projet, qu'il en était « très content » (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 16 mars 2011). Ces éléments tendent donc à infirmer les allégations ultérieures du recourant selon lesquelles il se serait résolu à une telle formation « sans passion » (cf. objections du 27 septembre 2014 p. 1). De telles circonstances pouvaient également amener l'OAI à retenir que, sans atteinte à la santé, l'intéressé se serait vraisemblablement engagé dans un parcours analogue. Compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 100% dans l'activité de choix du recourant, considérée comme adaptée, le degré d'invalidité se confond par conséquent avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6), soit un taux de 0% ne permettant pas de prétendre à une rente d'invalidité. A noter, par surabondance, que l'application de l'art. 26 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) aurait été exclue dans le cas particulier. En effet, cette disposition est un cas particulier d'application de la méthode générale de la comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA) et permet de déterminer le revenu sans invalidité des assurés qui n'ont pas de formation professionnelle à cause de leur invalidité (cf. TF 9C_398/2014 du 27 août 2014 consid. 4.2). Or, tel n'est précisément pas le cas du recourant qui a, pour des raisons qui lui sont propres, arrêté une formation professionnelle adaptée sous l'égide de l'AI.

E. 8

La Cour n'entend certes pas minimiser le parcours du recourant, confronté dès son plus jeune âge à des problèmes de santé aux niveaux cardiologique et neurologique dont on ne saurait nier la gravité. Cela dit, il n'en demeure pas moins que le droit aux prestations de l'AI est régi par des exigences légales strictes (exposées plus haut), dont il n'est pas possible de déroger pour des raisons d'opportunité liées à des circonstances personnelles particulières. Or, il appert en définitive que la décision litigieuse s'avère conforme à ces mêmes exigences. Dite décision n'est donc pas critiquable dans son résultat. Cela dit, comme l'a fait l'intimé (cf. réponse du 6 janvier 2015 p. 3), il convient encore de souligner que la décision susdite ne constitue pas une prise de position immuable de l'AI à l'égard du recourant. Ce dernier conserve en effet la faculté, en cas de modification notable de la situation, de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'office.

E. 9

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.