

# VD\_GERICHTE ZD22.045001 vom 17. Juni 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-06-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD22.045001](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.045001)

FR: VD\_GERICHTE ZD22.045001 du 17 juin 2024

IT: VD\_GERICHTE ZD22.045001 del 17 giugno 2024

## Erwägungen

### E. 4

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

- 16 - qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

### E. 5

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

- 17 - 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). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

- 18 - d) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié in ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). f) L'appréciation de la capacité de travail relève principalement de la compétence du corps médical (ATF 140 V 193 consid. 3.2). Le rôle du médecin est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles

activités la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, c'est-à-dire des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (TF 8C\_96/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3.1). En outre, les

- 19 - données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré. C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 8C\_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2 ; 8C\_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3 ; 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4. 1).

## **E. 6**

En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le mois de mai 2016. Est en revanche contestée la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'OAI ayant considéré qu'elle était de 75 % alors que le recourant a soutenu que les rapports de ses médecins ne permettaient pas de démontrer une telle capacité de travail résiduelle tout en faisant valoir qu'il n'avait pas réussi à continuer les stages qui lui avaient été proposés. a) Pour déterminer le droit aux prestations de l'assurance- invalidité du recourant, l'OAI s'est essentiellement fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique SMR du 2 octobre 2019 du Dr Z.\_\_\_\_\_. Cet examen avait été préconisé par le Dr L.\_\_\_\_\_, du SMR, dans un avis du 19 juin 2019 afin de définir la capacité de travail du recourant après avoir reçu un rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 5 avril 2019 attestant en l'état une incapacité de travail totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée alors qu'un avis SMR du 12 juin 2018 avait estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être de 100 %. b) aa) On constatera tout d'abord que, dans son rapport du 2 octobre 2019, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a pris ses conclusions de manière motivée en pleine connaissance du dossier médical du recourant, notamment radiologique, sur la base d'une anamnèse complète, tenant notamment compte des habitudes et de la vie quotidienne du recourant ainsi que de ses plaintes et après avoir procédé à un examen clinique détaillé. Son

- 20 - rapport peut par conséquent se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce que le recourant n'a d'ailleurs pas contesté. On relèvera ici que l'argument du recourant selon lequel le critère de la douleur aurait été mis à l'écart ne saurait être suivi dans la mesure où les douleurs rapportées par le recourant ont dûment été prises en considération par le Dr Z.\_\_\_\_\_ qui a explicitement discuté cet aspect dans son rapport (cf. notamment pp. 10 ss). bb) Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail de dorsolombalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs lombaires et cervicaux avec petite hernie discale L4-L5 gauche et hernie discale C6- C7 gauche. Il a également retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de meralgie paresthéticque droite, d'obésité avec BMI à 32 et de status variqueux des membres inférieurs. Ces diagnostics, qui ont notamment été confirmés par les Drs P.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 18 octobre 2017, 5 avril 2019, 5 avril 2020 et 13 avril 2022), ne sont pas remis en cause par le recourant pas davantage que les limitations fonctionnelles corrélatives seules pertinentes qui a uniquement contesté la capacité de travail de 75 % retenue dans une activité adaptée depuis le 27 mai 2016. Or force est de

constater que ce taux a également été attesté par le Dr P. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 avril 2020 dans lequel il a indiqué que si la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 % dans un premier temps, elle serait ensuite de 75 % une fois la réhabilitation faite. Il a même précisé que son seul argument relatif au taux réduit de la capacité de travail était la durée très longue de l'arrêt de travail du recourant, à savoir un facteur étranger à l'état de santé de son patient. Contrairement à ce qu'a soutenu le recourant, ce taux n'est infirmé par aucun des médecins l'ayant suivi, les Drs R. \_\_\_\_\_, B. \_\_\_\_\_, F. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ ne s'étant prononcés ni sur sa capacité de travail, ni sur des limitations fonctionnelles qui auraient erronément été écartées (cf. rapports des 28 novembre, 23 avril 2020, 13 avril et 28 juin 2022) et le Dr B. \_\_\_\_\_ ayant en outre mentionné, dans son rapport du 19 décembre 2019, que son estimation de la capacité de travail dans une

- 21 - activité adaptée était bonne. De plus, le simple certificat d'arrêt de travail non motivé du 29 août 2022 du Dr V. \_\_\_\_\_, outre le fait qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5), ne saurait constituer une pièce suffisante pour remettre en cause les rapports complets des Drs Z. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_. On relèvera encore que le Dr V. \_\_\_\_\_, nouveau médecin-traitant sans recul sur la situation, n'a évoqué aucune aggravation dans son rapport du 13 avril 2022 précisant au contraire qu'il n'y avait eu aucune évolution depuis trois ans sur le plan des lombalgies. cc) Le recourant a allégué n'avoir jamais été en mesure de terminer les stages qui lui avaient été proposés confirmant par là son incapacité à travailler. Si le rapport de l'[...] du 9 mars 2022 fait état d'une capacité de travail de 25 %, il y a toutefois lieu de se fier aux données médicales qui l'emportent en principe sur les observations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, la capacité de travail étant une question devant être évaluée en premier lieu par un médecin (ATF 140 V 193 consid. 3.2). De plus, le rapport précité a précisé que le rendement ne pouvait pas être estimé de façon fiable. En outre, un stage peut ne pas constituer une activité adaptée sans que cela signifie qu'aucune autre activité adaptée à 75 % ne puisse être effectuée. En tout état de cause, la capacité de travail constatée a été influencée également par des facteurs étrangers aux limitations fonctionnelles qui ne sauraient être pris en considération dans le cadre de l'assurance-invalidité. A cet égard, on relèvera que le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 13 avril 2022, s'il a attesté une incapacité de travail totale du 5 juillet 2021 au 29 mai 2022, n'a aucunement motivé cette appréciation, singulièrement n'a décrit aucune aggravation, ni limitations fonctionnelles supplémentaires. c) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu que, au moment de la décision litigieuse, le recourant présentait une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. S'agissant des limitations fonctionnelles, on relèvera

- 22 - cependant que l'OAI n'a pas repris toutes les limitations indiquées par le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son avis du 13 mai 2022, notamment la nécessité d'avoir des horaires réguliers, l'absence de travail de nuit et l'exposition aux produits irritant les voies aériennes respiratoires, sans que cela ne soit contesté par le recourant, ni que cela ait une influence, à tout le moins significative, sur la capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations d'ordre rhumatologiques ayant été retenues à juste titre.

## **E. 7**

La question de la capacité de travail résiduelle étant tranchée, il convient d'examiner le dossier sous l'angle économique et de déterminer si le recourant a droit à une rente

d'invalidité, compte tenu des périodes d'incapacité de travail totale (cures de hernies et complications). a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

- 23 - c) aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

## **E. 8**

a) En l'espèce, le recourant n'a pas contesté la méthode choisie et le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Vérifiés d'office, il apparaît que l'OAI aurait dû procéder à la comparaison des

- 24 - gains avec et sans invalidité du recourant par rapport à l'année 2017. C'est en effet l'année de l'ouverture éventuelle du droit à la rente qui doit être prise en compte pour le calcul du degré d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). Toutefois,

l'indexation de 0,4 % des montants retenus par l'OAI ne change pas le degré d'invalidité qui se monte toujours à 28 %. b) Il n'est pas contesté que le recourant s'est trouvé en totale incapacité de travail du 15 février 2021 au 30 juin 2021 (cf. rapport du 24 juin 2021 du Dr B. \_\_\_\_\_ et rapport d'examen du SMR du 13 mai 2022). L'OAI a dès lors procédé à un calcul de l'incapacité de travail moyenne pour déterminer le début de la nouvelle longue maladie et a déterminé l'ouverture du droit au 1er avril 2021. S'il peut être suivi sur ce point, il ne peut cependant pas être suivi quant à l'octroi d'un quart de rente du 1er avril au 30 juin 2021. En effet, si la loi connaît la notion d'incapacité de travail moyenne pour calculer le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, elle ne connaît en revanche pas, que ce soit sur le plan légal ou réglementaire, la notion d'invalidité moyenne pour fixer le degré d'invalidité. De fait, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que seule la notion d'incapacité de travail était déterminante sous l'angle de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. TFA I 75/03 du 6 février 2004 consid. 3.2, se référant à l'ancien art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur à l'époque). En revanche, l'art. 28 al. 1 let. c LAI détermine l'étendue du droit à la rente en se référant au taux d'invalidité existant au moment où le délai arrive à échéance. Or force est de constater qu'au 1er avril 2021, l'incapacité de travail du recourant était totale et lui donne droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 septembre 2021 (trois mois après qu'il ait retrouvé une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée). Il convient ainsi de corriger la décision querellée sur ce point. La rente est ensuite supprimée, au vu de la capacité de travail à 75 % recouvrée. c) On relèvera encore que même si le taux d'invalidité du recourant atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), une telle mesure n'entre toutefois pas en ligne de compte en l'espèce, dès lors que

- 25 - le recourant a déjà été mis au bénéfice d'une telle mesure (cf. communication du 16 septembre 2021), sans succès. Le recourant n'a du reste pas formulé de grief spécifique s'agissant des mesures dans la présente procédure ni conclu à leur octroi en sa faveur. On rappellera ici que l'OAI a communiqué au recourant, dans un courrier du 9 septembre 2022, la possibilité qui lui était offerte de redemander une aide au placement s'il le désirait, par l'envoi d'un simple courrier.

## **E. 9**

Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures – à savoir, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique, l'audition d'un employé d'Y. \_\_\_\_\_ et de son ancien médecin traitant en tant que témoins – doivent être rejetées. En effet, l'audition d'un collaborateur présent lors d'un des stages ne se justifie pas, cette personne n'ayant pas les qualités requises pour évaluer la capacité de travail du recourant. Quant au Dr P. \_\_\_\_\_, il a déjà donné son avis au moyen de plusieurs rapports, lesquels ont été pris en considération lors de l'examen rhumatologique. On ne voit pas non plus en quoi son audition permettrait de modifier l'appréciation de la capacité de travail, étant précisé d'une part qu'il s'agit de son ancien médecin traitant qui ne pourra donc pas parler d'événements actuels, et d'autre part, qu'il s'agit de l'évaluation de la capacité de travail sur la base des mêmes éléments d'atteinte à la santé et de limitations fonctionnelles, étant rappelé que le médecin traitant est toujours plus enclin à prendre parti pour son patient. Au demeurant l'expert Z. \_\_\_\_\_ a en substance suivi le Dr P. \_\_\_\_\_. Faute d'être susceptible d'apporter des éléments pertinents nouveaux, la réquisition d'audition de témoins est donc rejetée. Ensuite, la réquisition de

mise en œuvre d'une expertise judiciaire rhumatologique est également rejetée, l'instruction ayant été menée de manière complète par l'OAI qui a pris le soin de diligenter un examen rhumatologique et de se renseigner auprès de l'ensemble des médecins (pneumologue, chirurgien digestif, diabétologue), sur l'ensemble des atteintes à la santé du recourant pouvant induire des limitations fonctionnelles, parfois à plusieurs reprises, en sorte qu'il est possible de statuer en l'état du dossier

- 26 - par appréciation (anticipée) des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Au demeurant, on rappelle que le recourant n'a critiqué aucun diagnostic, ni limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique, en sorte qu'on ne perçoit pas quel aspect nécessiterait d'être davantage instruit. Enfin, aucune pièce produite ne permet de douter des conclusions du SMR suivies par l'OAI, en sorte qu'un examen supplémentaire ne serait pas de nature à influencer le sort de la cause.

#### **E. 10**

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1er avril au 30 septembre 2021. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 61 let. g LPG), qu'il convient de fixer à 2'100 fr. et de mettre à la charge de l'OAI qui succombe, cette somme couvrant celle revenant à l'avocat d'office.

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