

VD_GERICHTE ZD23.008495 vom 24. Juni 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.008495

FR: VD_GERICHTE ZD23.008495 du 24 juin 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.008495 del 24 giugno 2024

Erwägungen

E. 30

novembre 2019, à savoir la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, et la décision litigieuse du 27 janvier 2023 et si, cas échéant, cette péjoration éventuelle justifie l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Dès lors que la décision attaquée du 27 janvier 2023 ne porte pas sur une demande de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA ou de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA de la décision du 19 mars 2021, une telle conclusion est irrecevable. c) Il convient cependant de rappeler que quoiqu'il en soit, selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur social n'est pas tenu de reconsidérer une décision, mais en a simplement la faculté, laquelle relève de son pouvoir d'appréciation ; ni la personne assurée ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et 4.2.1 ; TF 9C_901/2007 du 8 octobre 2008 consid. 3 non publié in ATF 134 V 401 ; TF 9C_671/2015 du 3 mai 2016 consid. 4). d) D'autre part, la décision qui peut être potentiellement reconsidérée doit être manifestement erronée et sa rectification doit revêtir une importance notable. Lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, l'irrégularité de la décision n'est alors manifeste que lorsqu'il n'existe plus aucun doute raisonnable sur le fait que la décision est erronée (Margit Moser-Szeless, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales,

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

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

- 15 - 3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1er janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_658/2022 du 30 juin 2023 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). b) En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 30 mai 2023, fait suite à une demande de prestations déposée le 2 mars 2022 en raison de difficultés à réintégrer le marché du travail (licenciement le 17 décembre 2021), lesquelles sont apparues dans le cadre des missions confiées par [...] à partir du 30 novembre 2021, si bien qu'un éventuel droit à la rente prendrait naissance au plus tôt trois mois plus tard, à savoir le 1er mars 2022 de sorte que les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur au 1er janvier 2022 sont applicables à la résolution du présent litige. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de

- 16 - l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). c) Lorsque la rente a été

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

- 17 - la rente, s'est produit (cf. ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins cinq points de pourcentage ou atteint 100 %, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée. d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3). 5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut

- 18 - trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c)

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

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

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

- 20 - b) L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 3 mars 2022. Il a fait état des conséquences de son accident vasculaire cérébral, mentionnant qu'après plusieurs tentatives de reprise professionnelle dans des missions temporaires, il recevait toujours le même feedback, à savoir celui d'une lenteur persistante. Après avoir envisagé de ne pas entrer en matière, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr

K.N._____ et mis en place une évaluation professionnelle auprès de l'A._____, laquelle a mis en lumière un rendement réduit de l'ordre de 50 % dans les activités manuelles et de l'ordre de 60 à 70 % en bureautique, sous réserve qu'il évolue dans un milieu hiérarchisé et cadrant. Sollicité pour avis, le SMR a retenu que le rendement réduit tenait compte des difficultés de concentration après les pauses mises sur le compte d'une consommation de cannabis et du temps passé par l'assuré sur son téléphone portable et que rien ne permettait d'objectiver une dépendance au cannabis qui empêcherait l'abstinence au moins durant les périodes de stage ou d'évaluation médicale. L'OAI a considéré que l'assuré n'avait pas démontré une aggravation de son état de santé se répercutant sur sa capacité de travail et lui a en conséquence nié le droit aux prestations. Le recourant reproche pour l'essentiel à l'OAI d'avoir insuffisamment instruit son cas sur le plan médical sur la base du seul avis SMR du 13 janvier 2023, contestant bénéficier d'une capacité de travail entière. 7. a) A la suite du dépôt de la nouvelle demande le 3 mars 2022, l'intimé est entré en matière et a procédé à l'instruction de celle-ci. Sur le plan médical, il a recueilli l'avis du Dr K.N._____, médecin réadaptateur traitant à l'Institution de K._____, lequel a décrit l'évolution de l'état de santé en ces termes dans son rapport du 30 mai 2022 : « Après une prise en charge en soins aigus puis une neuroréhabilitation stationnaire au 30.10.2018, un rapport AI vous a été adressé le 13.09.2019. Il était alors confirmé que l'examen cognitif et langagier mettait en évidence des troubles exécutifs, caractérisés par des difficultés sévères de planification, et par de légères difficultés en flexibilité mentale, avec ponctuellement un manque d'incitation verbale, associés à des troubles attentionnels se - 21 - caractérisant par un ralentissement de la vitesse de traitement et des temps de réaction ainsi qu'une baisse modérée du rendement en attention soutenue. Le tableau cognitif était alors d'intensité légère à moyenne et caractérisé par des difficultés exécutives et attentionnelles. Ce tableau était compatible avec l'atteinte neurologique alors que l'examen neurologique était heureusement à considérer dans les limites de la norme. Par la suite, même après une infection Covid, il n'y a pas eu d'aggravation significative. Selon le bilan cognitif réalisé le 12.05.2022, et en fonction des observations de 2019 et de 2022, il est mis en évidence à ce jour : • des troubles exécutifs caractérisés par de légères difficultés en inhibition verbale et en flexibilité mentale, ainsi qu'un ralentissement de l'accès aux mots dans l'expression verbale spontanée et une faiblesse de la récupération en mémoire épisodique verbale à long terme (après un délai de 40 minutes) • des troubles attentionnels modérés se caractérisant par un ralentissement de la vitesse de traitement, des temps de réaction ainsi que des difficultés en attention soutenue sur une durée de 15 minutes • des capacités altérées en mémoire de travail verbale (composante de mise à jour) • des difficultés de raisonnement verbal. Le reste des fonctions cognitives évaluées (dénomination et lecture rapide, apprentissage en mémoire antérograde verbale, planification complexe, attention sélective et divisée) est dans les normes. L'évolution à ce jour depuis la dernière évaluation effectuée en 2019 est globalement stable avec des difficultés dans les mêmes fonctions cognitives. On observe une légère amélioration dans le domaine attentionnel et exécutif, et une petite baisse sur le plan mnésique. Ainsi, ces troubles ont toujours un impact sur sa capacité de travail, puisque lorsque le patient a pu reprendre une activité, il s'est trouvé en difficulté de par un certain ralentissement, l'incapacité à augmenter la cadence en cas de pression et avec une fatigue, présentant aussi des troubles attentionnels avec des oublis. Ces troubles apparaissent aussi après 7 heures de travail avec un ralentissement jusqu'à la fin de son activité de 8 heures de travail, alors que le patient est fatigable. » Le Dr K.N._____ a fait savoir à l'office intimé que le nouveau

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

- 22 - estimé que les capacités cognitives de son patient étaient compatibles avec l'exercice d'une activité simple et routinière avec un rendement diminué qu'il suggérait d'évaluer en situation. Ce faisant, le Dr K.N._____ n'a pas énoncé de nouvelles limitations fonctionnelles par rapport à ses rapports des 17 avril, 13 septembre et 20 septembre 2019. Pour le surplus, aucun élément médical du dossier ne permet de remettre en cause l'évolution favorable de l'assuré sur les plans neurologiques et neuropsychologiques. Les rapports médicaux au dossier, tous établis par les médecins ayant suivi le recourant au Centre H._____ et à Institution de K._____ (rapports des 6 novembre 2018, 4 mars, 17 avril, 13 et 20 septembre et 4 octobre 2019 du Dr K.N._____ ; rapport des 5 mars et 18 décembre 2019 du Centre H._____ ; bilan cognitif de l'Institution de K._____ du 10 septembre 2019), sont unanimes quant à l'évolution favorable du recourant. En définitive, les diagnostics et limitations fonctionnelles restent parfaitement superposables.

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

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

baisse de rendement à des problématiques psychosociales, ainsi, dans le cadre des ateliers, les maîtres sociaux professionnels ont observé ce qui suit (ibid., p. 10) : « Ce qu'il a réalisé en DAR [dessin d'architecture] était nouveau pour lui, mais nous avons observé que, malgré cela, son rythme de travail est resté assez lent par rapport à la moyenne. Après une période d'environ une heure de concentration, il a besoin de faire une pause pour, nous a-t-il expliqué, relâcher la pression. Dans ces moments, il quitte la section pour se rendre à l'extérieur se détendre, marcher et fumer. Il profite aussi de ces pauses pour passer des appels téléphoniques. À plusieurs reprises au retour des pauses nous constatons une difficulté de concentration et les yeux rouges. Nous avons aussi noté qu'il passait passablement de temps sur son mobile lorsqu'il était en section et que son attention était ainsi partagée entre son activité sur l'ordinateur et les ressources consultées sur son mobile. Toutes ces pauses et le temps passé sur son mobile en section affectent grandement son rendement, que nous avons pu estimer à environ 50 - 60 %. Cette problématique liée aux pauses a également été relevée par la psychologue de l'A. _____, l'attention du recourant diminuant au retour des interruptions du travail (ibid., pp. 6-8) alors que l'on devrait

- 24 - pouvoir au contraire attendre une attention et concentration améliorée au retour des pauses. c) Sur la base des observations professionnelles de l'A. _____, validées par le médecin conseil de cette institution, et du rapport du Dr K.N. _____ du 30 mai 2022, le SMR a estimé dans sa prise de position du 13 janvier 2023, qu'il y avait peu d'explications probantes, plausibles, concernant l'absentéisme en début de stage, que l'assuré passait passablement de temps sur son téléphone mobile, ce qui était pris en compte dans le calcul du rendement, qu'il n'existait aucun indice que le rendement était affecté par une cause organique ou psychique, mais plutôt par un comportement dû à une personnalité préexistante ou à une implication suboptimale. En conséquence, le SMR en concluait que rien ne permettait d'objectiver les plaintes de l'assuré ou de retenir une dépendance au cannabis qui, le cas échéant, ne permettrait pas à l'assuré de s'abstenir de toute consommation au moins durant les périodes de stage ou d'évaluation médicale. A contrario, le recourant n'a fourni aucun élément médical permettant de remettre en cause non seulement les observations de l'A. _____, mais surtout l'absence d'évolution de son état de santé tel qu'évalué par son propre médecin traitant dans son dernier rapport du 30 mai 2022 (cf. consid. 7a ci-dessus), étant souligné que ce dernier a relevé que l'évolution depuis la dernière évaluation effectuée en 2019 était globalement stable avec des difficultés dans les mêmes fonctions cognitives. Il convient de rappeler que les facteurs psychosociaux énumérés ci-avant (désinvolture, problématique familiale, etc.) à l'origine de la baisse de rendement ne reposent pas sur une cause médicale. De tels facteurs non médicaux, qui contribuent également à la baisse de rendement observée, constituent des circonstances non invalidantes et donc non assurées par l'assurance-invalidité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1 et 3.4.2.1 ; TF 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 ; 8C_559/2019 du 20 janvier 2020 consid. 3.2).

- 25 - Il y a lieu de considérer que le SMR a dûment analysé les différents rapports au dossier et constaté l'absence d'aggravation de l'état de santé du recourant sur la seule base de ceux-ci, lesquels ne sont pas remis en cause. A la lumière de ces éléments, il y a donc lieu d'admettre que l'appréciation du SMR apparaît cohérente et convaincante et que l'instruction est complète. d) Aussi, la situation médicale du recourant ne s'est pas notablement aggravée entre la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit

à la rente, soit la décision du 19 mars 2021 accordant une rente limitée dans le temps, et la décision litigieuse du 27 janvier 2023, si bien que le recours doit être rejeté. e) L'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires telle l'expertise requise par la partie recourante. Celle-ci n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écarté par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). 8. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision entreprise confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code

- 26 - fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

- 27 -

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