

# VD\_GERICHTE ZD23.051153 vom 22. Juli 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-07-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD23.051153](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.051153)

FR: VD\_GERICHTE ZD23.051153 du 22 juillet 2024

IT: VD\_GERICHTE ZD23.051153 del 22 luglio 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

- 18 - qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) 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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. 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).

### E. 4.3

et les références citées). S'agissant spécialement du succès du traitement ou la résistance au traitement, le déroulement et l'issue des traitements sont d'importants indicateurs du degré de gravité. L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré signale un pronostic négatif. Les troubles psychiques dont il est ici question ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent plus être traités. L'évolution d'un trouble psychique vers un état chronique n'est la plupart du temps pas très utile pour en évaluer le degré de gravité : sans

une évolution de longue date et consolidée, une incapacité de travail invalidante n'est guère concevable (ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et les références citées). cb) 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 la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la

- 23 - personne assurée 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).

## **E. 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

- 19 - 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.

### **E. 5.1**

; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 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

- 20 - 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). 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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C\_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5). c) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris

- 21 - en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

## **E. 6**

a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). b) Il convient 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). c) 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). ca) 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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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

- 22 - mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid.

#### **E. 7**

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

#### **E. 8**

février 2024 doivent être pris en considération, bien que ces pièces aient été établies postérieurement à la décision querellée (cf. consid. 5.c ci-dessus), ce qui n'est au demeurant pas contesté par les parties.

#### **E. 9**

a) Sur le plan somatique, les médecins-conseils de l'Office AI ont retenu les diagnostics suivants : - Des lombalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'une anomalie transitionnelle avec lombalisation partielle de la vertèbre sacrée S1 ; - Des douleurs aux pieds sans substrats organiques ; - Des pieds plats. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a pour sa part diagnostiqué des douleurs insertionnelles multiples fibromyalgiformes. Quant au Dr C. \_\_\_\_\_, il a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, de douleurs plantaires d'origine statique depuis 2015-2016 et de pieds plats. Ainsi, tant les médecins traitants du recourant que le SMR ont constaté qu'il souffrait de douleurs chroniques aux lombaires et aux pieds, et qu'il présentait des pieds plats. Dans ces conditions, les diagnostics retenus par le SMR sur le plan physique ne prêtent pas le flanc à la critique et peuvent être confirmés.

b) Selon le SMR, ces affections n'entraînent aucune incapacité de travail durable, mais nécessitent que le recourant ne porte pas de charges de plus de dix à quinze kilogrammes en porte-à-faux de manière répétitive. À l'instar du SMR, les Drs C. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont tous deux considéré que leur patient disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à condition qu'il s'abstienne de porter des

- 25 - charges trop lourdes, la limite ayant été fixée à cinq kilogrammes par le premier médecin précité et à quinze kilogrammes par le second. Les avis des médecins-conseils de l'Office AI et des médecins traitants du recourant sont convergents s'agissant des affections somatiques et n'ont pour le surplus pas été contestés par celui-ci. Dans ces conditions, les conclusions du SMR sur le plan de la santé physique ne prêtent pas le flanc à la critique.

#### **E. 10**

a) aa) Sur le plan psychique, se fondant sur les éléments résultant du dossier médical du recourant et leurs observations cliniques, le Dr F. \_\_\_\_\_ et la Dre T. \_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics suivants : - Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ; - Trouble somatoforme sans précision. Ils ont posé le premier diagnostic au vu de la situation stressante prolongée à laquelle le recourant avait été exposé au début de l'année 2021, des symptômes en ayant résulté, du bon fonctionnement du traitement introduit et du rétablissement progressif, éléments correspondant aux critères de cette maladie. Les médecins traitants du recourant ont également retenu ce diagnostic (cf. rapports médicaux du Dr N. \_\_\_\_\_ et de la Dre M. \_\_\_\_\_ des 11 et 30 août 2022). Le second diagnostic a été retenu compte tenu des différentes atteintes physiques ressenties par le recourant (douleurs aux pieds et dorsales, gonalgies, palpitations, diarrhées, pyrosis, vertiges orthostatiques et céphalées frontales), du fait que les douleurs décrites ne correspondaient pas à celles habituellement ressenties en présence des atteintes physiques diagnostiquées, du manque de compliance du patient aux traitements proposés et de l'impossibilité de rattacher ces symptômes à une autre maladie classifiée. L'avis des médecins traitants du recourant et du SMR étant convergents s'agissant de la première affection et le second diagnostic

- 26 - étant dûment motivé, l'analyse des médecins-conseils à cet égard ne prête pas le flanc à la critique. ab) Les médecins du SMR ont également constaté un léger ralentissement psychomoteur chez le recourant, une attitude débonnaire, une difficulté à mentaliser, une tendance à majorer les symptômes et à somatiser ainsi que des ressources semblant très restreintes. Ces éléments les ont conduits à affirmer que le recourant présentait certainement une personnalité entravée dans son développement, probablement en lien avec des événements vécus durant l'enfance. Ils ont cependant renoncé à poser un diagnostic, expliquant qu'ils n'avaient pas pu investiguer un éventuel trouble de la personnalité ou un passé de traumatismes infantiles, compte tenu de ce que l'anamnèse scolaire, professionnelle, psychosociale et psychiatrique n'avait pas pu être établie. Certes, le recourant s'est très peu exprimé au sujet de son passé lors de l'entretien avec la Dre T. \_\_\_\_\_, rendant impossible l'établissement de son anamnèse. De même, les rapports de ses médecins traitants sont très pauvres en renseignements à ce sujet, le recourant s'étant vraisemblablement peu exprimé sur son vécu, même dans le cadre de son suivi. Il en ressort toutefois que l'intéressé souffre de troubles de l'attention et de la concentration, ainsi que d'une faible capacité d'élaboration. Par ailleurs, ces rapports médicaux établissent que la symptomatologie dépressive s'est améliorée au fil du temps, au contraire des troubles de l'attention et de la concentration qui ont perduré (cf. rapports du Dr N. \_\_\_\_\_ et de la Dre M. \_\_\_\_\_, de la J. \_\_\_\_\_ des 6 août et 25 novembre 2021, 11 et 30 août 2022). Au vu des symptômes constatés sur la durée et de la suspicion d'une personnalité entravée dans son développement, le manque d'informations concernant l'anamnèse du recourant ne saurait justifier en soi l'absence de diagnostic. Le SMR aurait dû recourir à des examens additionnels afin d'examiner ensuite en pleine connaissance de cause si un autre diagnostic

devait être posé concernant le recourant.

- 27 - Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater, à ce stade déjà, que la santé psychique du recourant n'a pas fait l'objet d'un examen et d'un diagnostic dans les règles de l'art. ac) À cela s'ajoute que les conclusions auxquelles est parvenu le SMR sur le plan psychique ont été sérieusement remises en doute par le test psychologique réalisé au mois de juillet 2023 et le rapport des médecins traitants du recourant du 31 octobre 2023. Il résulte du premier document susmentionné que l'intéressé souffre d'un retard mental léger et qu'il présente des difficultés importantes dans l'utilisation du langage et sa compréhension, sur le plan de la concentration, de l'attention et de la rapidité de réflexion notamment. L'anamnèse du recourant, établie à l'aide de sa sœur, figure dans le second document. On y apprend notamment que celui-ci a vécu un parcours migratoire traumatisant de plusieurs années, qu'il a présenté, dès son plus jeune âge, des problèmes de réflexion et de mémoire, que sa scolarité a été chaotique et qu'il a été confronté à d'importants conflits familiaux. Au vu des éléments ressortant de cette anamnèse, du test psychologique et de leurs observations, les Drs I. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ ont dans un premier temps posé le diagnostic de retard mental léger. Toutefois, après avoir souligné l'aide importante apportée par les psychologues durant le test de l'été 2023, ils ont affirmé que le retard mental était certainement plutôt de degré moyen, ce diagnostic étant par ailleurs plus congruent à la clinique. Ayant été invité à se prononcer sur ces nouveaux éléments par l'intimé, le Dr P. \_\_\_\_\_, du SMR, a établi un très bref document intitulé « analyse ». Il y a indiqué que les observations cliniques faites par ses collègues dans leur rapport de février 2023 correspondaient aux symptômes habituellement rattachés à un retard mental léger, de sorte que ce diagnostic n'avait pas d'incidence sur les conclusions de ceux-ci.

- 28 - D'une part, les médecins traitants du recourant ont retenu un autre diagnostic que celui auquel se réfère le Dr P. \_\_\_\_\_, c'est-à-dire celui de retard mental moyen et non léger. D'autre part, ce médecin n'a pas dûment motivé son avis, s'étant limité à des considérations d'ordre général, sans procéder à une analyse concrète de la situation du recourant à l'aune des nouveaux éléments portés à sa connaissance. Il a de plus remis en cause la validité des tests psychologiques au motif qu'ils n'avaient pas été suivis d'exams neuropsychologiques, sans pour autant en conclure que l'instruction devait être poursuivie, afin de pouvoir procéder ensuite à une analyse fondée sur des résultats solides. ad) Au vu de ce qui précède, le SMR n'a pas suffisamment motivé son appréciation concernant le diagnostic de retard mental, s'étant de plus fondé sur un dossier incomplet. b) De surcroît, le SMR n'a pas procédé à un examen structuré de la capacité de travail du recourant au moyen du catalogue d'indicateurs défini par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 6 ci-dessus). ba) Premièrement, ce service n'a pas correctement examiné les indicateurs posés par la jurisprudence fédérale sous l'angle du degré de gravité fonctionnel. Les médecins du SMR ont indiqué que la période de maladie du recourant avait été marquée par un important isolement social, tant vis-à-vis des personnes de sa famille avec qui il avait encore du contact qu'avec son entourage amical. Le SMR n'a toutefois pas examiné ce critère en lien avec les autres indicateurs et n'en a tiré aucune conclusion, ce qu'il aurait pourtant dû faire. Il résulte également du dossier, singulièrement de l'anamnèse établie par les Drs I. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ (cf. rapport médical de ces médecins du 31 octobre 2023), que le recourant, depuis l'adolescence, a été incapable de s'intégrer à la société et de maintenir des relations sociales. Il ressort en outre du rapport médical du SMR du 17 février 2023

- 29 - que le recourant a une faible estime de lui-même, s'étant notamment vu attribué le qualificatif de « débile » par son père. Or le SMR n'a pas pris ces éléments en considération dans son analyse, étant rappelé que la jurisprudence fédérale exige de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences accrues en matière de motivation. On relèvera encore que les médecins-conseils de l'Office AI n'ont pas expliqué en quoi un travail dans un magasin B. \_\_\_\_\_, activité adaptée selon eux à l'état de santé du recourant mais non selon les médecins traitants de celui-ci (cf. rapports médicaux du Dr N. \_\_\_\_\_ et de la Dre M. \_\_\_\_\_ des 11 et 30 août 2022), était compatible avec l'exigence qu'il soit clairement encadré dans son activité professionnelle. Or, cette condition relativise pourtant l'appréciation du SMR de la capacité de travail du recourant et amène la question de savoir si celui-ci est effectivement apte à travailler dans une activité adaptée dans l'économie ordinaire, dans laquelle, on le rappelle, il n'a pas réussi à s'insérer avec succès. De surcroît, le travail de magasinier et vendeur auprès d'un magasin B. \_\_\_\_\_ a été considéré comme inadapté par le Dr N. \_\_\_\_\_ et la Dre M. \_\_\_\_\_, cet emploi soulevant en outre la question de la possibilité de limiter les relations interpersonnelles puisqu'il semble impliquer également de tenir la caisse (cf. rapports médicaux susmentionnés). Les limitations fonctionnelles et la question de savoir quelle(s) activité(s) pourrai(en)t être adaptée(s) auraient dû faire l'objet d'un examen plus approfondi et rigoureux. bb) Le SMR n'a pas non plus correctement procédé à l'examen des indicateurs sous l'angle de la cohérence. Les médecins de ce service n'ont pas déterminé si les atteintes à la santé du recourant se manifestaient de la même manière dans son activité professionnelle et dans les autres domaines de sa vie. Ou, lorsqu'ils l'ont fait, relevant par exemple un bon suivi administratif mais des difficultés de compliance au suivi thérapeutique et médicamenteux, ils n'ont pas cherché à comprendre cette différence, ni exposé de manière dûment motivée quelles conclusions ils pouvaient en tirer. Cela est

- 30 - d'autant moins admissible qu'ils ont utilisé le fait que le recourant avait décidé de ne plus se soumettre à la médication et au suivi prescrits comme argument pour retenir que l'état de santé de celui-ci s'était amélioré. Par ailleurs, le SMR a considéré que le manque d'attention et de concentration justifiait la mise en place d'un encadrement clair en faveur du recourant dans son environnement professionnel, alors que dans le domaine de la santé, lorsque ce service a constaté un manque de compliance aux traitements, cela était signe d'une amélioration de son état de santé, sans que ne se pose la question d'un possible lien avec ses difficultés d'attention et de concentration. Cette incohérence sème également le doute sur la valeur probante des conclusions du SMR. En lien avec le parcours professionnel du recourant, le SMR a encore relevé que les nouveaux éléments portés à sa connaissance n'avaient pas empêché celui-ci de travailler, notamment auprès d'un magasin B. \_\_\_\_\_ et d'un restaurant [...]. Or le recourant a enchaîné différents emplois sans pouvoir en conserver un seul à long terme, les pièces au dossier ne renseignant pas plus précisément sur les raisons de ce parcours chaotique, jalonné de plusieurs activités de plus ou moins courte durée. Le SMR ne pouvait dès lors pas se fonder sur le parcours professionnel du recourant tel qu'il ressort du dossier pour affirmer qu'il était capable de travailler malgré ses affections psychiques. Ce point devra par conséquent être éclairci par des mesures d'instruction complémentaires, afin de déterminer si et à quelles conditions le recourant a pu travailler. c) Il résulte des considérants ci-dessus que les conclusions du SMR ne sauraient être suivies, faute de valeur probante. Ce service, après avoir négligé d'établir un diagnostic dans les règles de l'art, s'est fondé sur l'amélioration de l'état psychique constatée par les médecins traitants du recourant au mois d'août 2022, très peu

étayée (cf. rapport des médecins de la J. \_\_\_\_\_ des 11 et 30 août 2022), pour admettre que le recourant avait recouvré sa capacité de travail, sans avoir analysé et

- 31 - exposé, au moyen des indicateurs résultant de la jurisprudence fédérale, en quoi les atteintes étaient invalidantes jusqu'à cette date, puis ne l'étaient plus par la suite. Leur appréciation est incomplète, insuffisamment motivée et contient des contradictions. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'autorité intimée, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le complément d'instruction devra notamment comprendre une expertise psychiatrique, étendue à tout autre domaine médical nécessaire, ainsi que toutes autres mesures permettant d'établir l'anamnèse personnelle et professionnelle complète du recourant, notamment par l'audition de la sœur de celui-ci et/ou tout autre examen supplémentaire jugé utile pour préciser l'exigibilité médico-théorique.

#### **E. 11**

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

- 32 -

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