

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 janvier 2026

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Pasche, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffier : M. Frattolillo

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, au Q\*\*\*, recourant, représenté par Me Estelle Marguet, avocate  
à Lausanne,

et

**CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS**, à Vevey,  
intimée.

---

**Art. 17 LPGA ; art. 4 al. 1 let. d LPC ; art. 49 al. 1 RAI**

**En fait :**

**A.** Ressortissant allemand né en \*\*\*, A.\_\_\_\_\_ a commencé en 1998 des études de droit à l'Université de S\*\*\* qu'il n'est pas parvenu à mener à terme, ayant définitivement échoué aux examens finaux en 2006. S'étant installé dans l'intervalle en Suisse, il a débuté la même année une formation d'enseignant à la B.\_\_\_\_\_ de J\*\*\*, puis à la U.\_\_\_\_\_ de V\*\*\*, formation à laquelle il a définitivement mis un terme en 2009 à la suite de ses échecs successifs aux examens.

Le 4 février 2010, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office AI Berne, alléguant souffrir d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte.

Dans le cadre de l'instruction de sa demande, l'assuré s'est vu allouer des mesures professionnelles sous la forme d'une formation d'employé de commerce auprès de l'H.\_\_\_\_\_ à W\*\*\*, formation qui a été complétée par un stage pratique au sein de la Fondation C.\_\_\_\_\_ à X\*\*\*. Au terme de sa formation, il a obtenu un certificat fédéral de capacité.

Par la suite, l'Office AI Berne a alloué à l'assuré un placement à l'essai - avec coaching - auprès de la société D.\_\_\_\_\_ SA à Y\*\*\* du 8 août 2012 au 10 février 2013.

Dans l'intervalle, l'Office AI Berne avait, par décision du 13 décembre 2012, refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité, au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies.

Par contrat du 4 février 2013, l'assuré a été engagé à 50 %, à compter du 11 février 2013, par la société D.\_\_\_\_\_ SA pour une durée déterminée de six mois. L'office AI Berne a alloué une allocation d'initiation au travail - avec coaching - pour la période du 11 février au 11 août 2013. A l'issue de cette période, les rapports de travail n'ont pas été prolongés.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2013, l'assuré a conclu un contrat de travail à 20 % avec la société I. \_\_\_\_\_ SA à Z\*\*\* en qualité de commercial en vente d'installations photovoltaïques. Par communication du 22 novembre 2013, l'Office AI Berne a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à son intervention.

Une mesure de curatelle de représentation et de gestion au sens des art. 394 al. 1 et 395 al. 1 CC a été instituée le 21 février 2014 en faveur de A. \_\_\_\_\_.

Le 1<sup>er</sup> juin 2014, l'assuré a débuté, toujours en qualité de commercial en vente d'installations photovoltaïques, une nouvelle activité professionnelle à 60 % pour le compte de la société G. \_\_\_\_\_ à QQ\*\*\*. Le 31 octobre 2014, il a été informé par écrit de son licenciement.

Déstabilisé par son licenciement ainsi que par la séparation d'avec son épouse, l'assuré a été hospitalisé du 11 novembre au 5 décembre 2014 au sein de la Clinique de psychiatrie, psychothérapie et psychosomatique des E. \_\_\_\_\_. Dans le rapport établi le 22 janvier 2015 à l'issue du séjour, il est retenu les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque, ainsi que de trouble du déficit de l'attention (sur la base de l'anamnèse), et précisé ce qui suit :

Zusammenfassend besteht eine langjährige bipolare Affektstörung, welche mit einer möglichen ADS-Symptomatik zu psychosozialen Konflikten privat und am Arbeitsplatz führt. Diesbezüglich besteht eine langjährige ambulante psychiatrische Therapie, welche der Patient nach Austritt weiter besuchen wollte. Ebenfalls wurde eine neu eingeleitete Spitex-Begleitung für den ambulanten Rahmen erneut aufgegleist.

Le 19 janvier 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Soleure.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'assuré s'est vu allouer des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un réentraînement au travail (du 2 juin 2015 au 27 novembre 2015), puis d'un

soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 31 mars 2016), ainsi qu'un placement à l'essai - avec coaching - auprès de F. \_\_\_\_\_ (du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 3 juillet 2016).

Dans un avis du 23 décembre 2015, le Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure a, sur la base des différents rapports médicaux versés au dossier, estimé que l'assuré était en mesure d'effectuer, à mi-temps, des activités bien structurées, sans grande responsabilité et exigeant peu de concentration, avec un rendement variant entre 50 et 80 % en fonction de l'équilibre affectif.

Dans un rapport de stage du 9 juin 2016, F. \_\_\_\_\_ a dressé l'état des lieux suivant :

Sur le plan professionnel : Monsieur A. \_\_\_\_\_ a de bonnes compétences. Il est clair que le stage que Monsieur A. \_\_\_\_\_ a effectué chez nous faisait appel à d'autres compétences que celles de son métier initial. Nous avons essayé de le former au mieux dans le domaine de l'édition de partitions, de la mise en page (PAO) et de la création de recueils de musique. Je pense qu'il a beaucoup appris. Son problème principal se situe dans l'organisation du travail ; nous avons pu constater de grandes difficultés à structurer ces tâches, dans la gestion pratique de son bureau, et dans la gestion de ces dossiers sur le plan informatique. Monsieur A. \_\_\_\_\_ aura tendance à partir dans tous les sens, avant de terminer correctement une tâche. Ce stage a pu bien se dérouler, car il n'y avait pas de pression en termes de rentabilité.

Dans son rapport final du 29 août 2018, le service de réadaptation de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Soleure a constaté qu'il pouvait être mis un terme aux mesures d'ordre professionnel. Il a notamment mis en évidence les éléments suivants :

Herr A. \_\_\_\_\_ kann nur unter Anleitung arbeiten. Er muss eng geführt werden. Er kann sich schlecht länger konzentrieren. Vergisst Termine, auch wenn sie eingetragen sind. Eine ADHS-angepasste Tätigkeit in einem wohlwollenden Umfeld wäre für ihn ideal. Er ist auf dem RAV angemeldet.

Dans un nouvel avis du 7 novembre 2016, le Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure a constaté que l'évaluation de la capacité de travail qu'il avait opéré dans son avis du 23 décembre 2015 s'avérait

assez réaliste au vu des constats tirés du placement à l'essai. Afin de pouvoir atteindre un rendement moyen de 65 % dans le cadre d'une activité à 50 %, l'assuré avait besoin d'une structure de travail correspondant à une activité de niche.

Par décision du 7 février 2017, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Soleure a refusé d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité, au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies.

Par décision du 16 juin 2017, la Caisse de compensation du canton de Soleure a, pour sa part, alloué à l'assuré des prestations complémentaires à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017 fondées sur un degré d'invalidité hypothétique de 68 %.

**B.** A la suite du déménagement de A.\_\_\_\_\_ dans le canton de Vaud, le versement des prestations complémentaires a été repris par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la Caisse) à compter du 1<sup>er</sup> août 2017.

Par courrier du 17 mai 2022, la Caisse a invité l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) à se déterminer sur le degré d'invalidité de A.\_\_\_\_\_.

Dans l'intervalle, la Justice de paix du district de J\*\*\* avait, à la demande de l'assuré, levé la curatelle d'accompagnement instituée en sa faveur (décision du 7 juin 2022).

Dans le cadre de son instruction, l'office AI a, dans un premier temps, demandé des renseignements médicaux à la psychiatre traitant de l'assuré, la docteure P.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 4 juillet 2023, ce médecin a indiqué que son patient souffrait d'un trouble bipolaire de type II et d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte, lequel revêtait une intensité majeure et une répercussion fonctionnelle majeure, et que la capacité de travail était nulle (voir également le rapport

du 26 août 2022). Invitée à préciser sous quelle forme se présentait la symptomatologie, elle a expliqué ce qui suit :

M. A.\_\_\_\_\_ présente, comme symptôme prédominant de psychopathologie, une désorganisation majeure avec de nombreux oublis d'objets personnels ou de rendez-vous. Pour exemple : les rendez-vous médicaux à mon cabinet doivent être rappelés le jour même par téléphone, par sms, pour être sûr que M. A.\_\_\_\_\_ sera présent, alors que les rdv sont fixés à dates régulières (tous les 1ers lundis du mois à 11h). La désorganisation se retrouve aussi dans la mise en place de projets. M. A.\_\_\_\_\_ a beaucoup d'idées très intéressantes, multiples et innovantes, mais il est très difficile pour lui d'aller au bout de ses projets de manière réaliste et organisée.

Par ailleurs, il a besoin d'aide pour les gestes du quotidien, que ce soit dans le rangement ou l'aménagement de son appartement, pour son hygiène et son habillement, ou pour le ménage.

Il nécessite aussi de la stimulation pour la rigueur et la discipline dans l'organisation régulière de son administratif, le rangement de ses dossiers, ses paiements.

Son humeur est fluctuante et il passe par des moments de démotivation, de découragement et de baisse de l'humeur. Il présente une faible estime de lui, qu'il met en lien avec tous les échecs professionnels qu'il a eu malgré des années d'études universitaires qui n'ont pas pu aboutir à un diplôme.

Il nécessite un soutien et étayage quotidien (CMS avec une infirmière, assistante sociale, aide au ménage) ainsi que de la part de sa compagne.

Il a de la difficulté dans l'appréciation de la temporalité et de la réalité concrète de la possibilité des actions et de la mise en place des projets. Il a aussi de la difficulté à respecter les règles sociales et les codes sociaux au niveau vestimentaire et parfois au niveau des contacts, notamment avec la hiérarchie.

Estimant que le dossier de l'assuré présentait plusieurs incohérences sur le plan psychiatrique, le Service médical régional de la Suisse romande (ci-après : le SMR) a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire en psychiatrie et en médecine interne, avec bilan neuropsychologique (avis du 28 août 2023).

Dans leur rapport du 13 décembre 2023, les docteurs AA.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et AB.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux experts auprès du R.\_\_\_\_\_ (R.\_\_\_\_\_) de QT\*\*\*, ont estimé que l'assuré ne souffrait que d'un trouble affectif bipolaire, lequel était actuellement en rémission et n'entraînait aucune incapacité de travail. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, les experts ont notamment souligné ce qui suit :

[Au plan psychique, n]ous retrouvons différentes incohérences entre les plaintes spontanées de l'expertisé et nos constatations au jour de l'examen. En premier lieu, pour ce qui est des troubles de l'attention et de la concentration qu'il considère comme principal facteur limitant, avec la désorganisation, de sa capacité de travail. En effet, au jour de l'examen, nous ne relevons pas de signe en faveur de tels troubles car la concentration et l'attention sont normales sur toute sa durée et alors même qu'il s'agit d'un contexte qui sollicite de façon importante de telles ressources. Les activités qu'il décrit dans la journée type actuelle ne sont pas non plus cohérents avec de tels troubles. Il a été notamment capable dernièrement d'écrire deux ouvrages d'une centaine de pages ainsi que de réaliser un documentaire. Il s'inscrit de façon régulière dans une activité artistique, notamment des chorales ou des chants gospels dans des églises ou des temples, ce qui nécessite un minimum d'organisation.

Le parcours, notamment académique, de l'expertisé et son niveau de fonctionnement dans les différents domaines de l'existence depuis l'adolescence, en dehors des épisodes thymiques, n'est pas non plus compatible avec un tel trouble. Au cours de l'examen neuropsychologique, il a été relevé les mêmes incohérences ainsi que différents critères d'invalidité.

Pour ce qui est de l'humeur, l'expertisé déclare être actuellement dans une période de dépression chronique installée depuis longtemps et qui s'aggrave lors des périodes hivernales, toutefois à la description des journées types, là encore et notamment des activités multiples et variées qui apportent du plaisir ainsi que du niveau de fonctionnement dans les différents domaines de l'existence cela n'est pas cohérent avec un processus dépressif. Au jour de l'examen, nous ne relevons [pas] de signe objectivable d'abaissement de l'humeur. La description de la journée type actuelle ne fait pas mention de répercussion d'un éventuel trouble décompensé pour de notre spécialité, ce qui est discordant avec les plaintes de l'expertisé mais concorde avec nos constatations et abonde dans le sens de nos conclusions.

L'observance thérapeutique n'est très probablement pas régulière au vu des résultats des analyses biologiques pour ce qui est du traitement psychostimulant ce qui n'est pas cohérent avec les plaintes de l'expertisé qui considère le déficit attentionnel comme principalement responsable des limitations professionnelles.

L'expertisé a bénéficié d'une mesure de réadaptation dont il dit s'être bien saisi.

Au vu d'un certain nombre d'incohérences, et afin de conserver une plausibilité satisfaisante, l'expert se fonde de façon prépondérante sur ses constatations objectives au jour de l'examen pour formuler ses conclusions.

Au rapport d'expertise était joint un rapport d'examen neuropsychologique du 27 novembre 2023 établi par AC.\_\_\_\_\_, psychologue FSP et neuropsychologue spécialiste ASNP, laquelle était

parvenue à la conclusion que l'examen ne permettait pas, en raison d'une présentation psychométrique invalide et d'incohérences, de définir un diagnostic neuropsychologique ni de déterminer les limitations fonctionnelles en découlant.

Dans un avis du 3 janvier 2024, le SMR a considéré que l'expertise était concluante.

Par courrier du 5 mars 2024, l'office AI a informé la Caisse que l'assuré présentait, sur le plan médical, une capacité de travail entière depuis 2018 et que, compte tenu de ce fait, le préjudice économique s'élevait désormais à 22,84 %.

Par décision du 24 mai 2024, confirmée sur opposition le 18 octobre 2024, la Caisse a signifié à l'assuré qu'il n'avait plus droit à des prestations complémentaires avec effet au 31 mai 2024.

Le 25 novembre 2024, le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (ci-après : CHUV) a transmis à l'office AI un résumé d'investigation du 24 octobre 2025, ainsi qu'une prise de position du 25 octobre 2025, documents établis par la docteure AD.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique auprès du Service de psychiatrie générale. La prise de position avait la teneur suivante :

Dans le cadre de notre consultation spécialisée TDAH, nous avons pu rencontrer Monsieur A.\_\_\_\_\_ à trois reprises les 16.07, 22.08 et 29.08.2024. Il y a eu trois rendez-vous manqués. Des rendez-vous pour des entretiens semi-structurés à l'aide de la DIVA-V sont prévus en février 2025.

La situation complexe de Monsieur A.\_\_\_\_\_ a fait l'objet d'une discussion d'experts au sein de notre unité ainsi qu'avec les collègues de l'Unité de Pharmacogénétique et Pharmacologie clinique (UPPC) du CHUV.

Dans le cadre de ces consultations, nous avons été amenés à lire l'expertise effectuée par le R.\_\_\_\_\_, [...] et tenons à vous transmettre les éléments suivants, car les conclusions en lien avec le TDAH montrent une mauvaise connaissance des symptômes associés au TDAH.

**Préambule :**

Le diagnostic de TDAH est avant tout clinique (un entretien semi-structuré permettant de poser le diagnostic selon le DSM-5 est disponible). Il se pose au travers d'entretiens cliniques (comprenant une démarche évaluatrice spécifique), d'une anamnèse et si c'est possible et nécessaire par le biais d'une récolte d'informations complémentaires auprès de l'entourage de la personne (familial, professionnel), enfin éventuellement de questionnaires. En l'état actuel des connaissances sur le TDAH, ce sont les entretiens cliniques et les échelles d'évaluation, basés sur l'observation de la manière dont s'acquitte la personne d'activités complexes, diversifiées, à des moments différents et dans des contextes variés de la vie quotidienne, qui permettent de mettre en évidence des altérations des processus cognitifs que l'on peut retrouver dans le TDAH, dont certaines déficiences touchant les fonctions exécutives et le contrôle de l'attention.

Les différentes recommandations internationales ne préconisent pas le bilan neuropsychologique pour poser le diagnostic de TDAH : en effet, la situation d'examen neuropsychologique n'est pas "écologique", c'est-à-dire qu'elle ne constitue pas un environnement qui reflète le milieu de vie réel (endroit calme, session de durée limitée dans le temps, composée de divers petits tests différents, face à face avec un interlocuteur qui sollicite et motive, moment de l'évaluation, intérêt du patient). Dans ces conditions artificielles et superficielles d'évaluation qui s'éloignent de la vie quotidienne réelle à la maison et sur le lieu de travail, les difficultés attentionnelles et exécutives peuvent ainsi ne pas apparaître, soit car elles sont en quelque sorte compensées par cette situation, soit que cette dernière n'exige pas de mobiliser les capacités d'attention et les fonctions exécutives comme dans la vie de tous les jours ou encore parce que les tests neuropsychologiques ne sont pas assez sensibles (le fonctionnement exécutif et attentionnel intervient dans des tâches complexes et coordonnées que la batterie d'épreuves cognitives actuellement à disposition ne saisit pas forcément).

Différentes études ont d'ailleurs montré des faux négatifs (c'est-à-dire des résultats dans la norme aux tests neuropsychologiques) chez 35% à 85% de patients ayant un diagnostic de TDAH. De tout ceci découle qu'un bilan neuropsychologique n'est pas un outil de diagnostic du TDAH.

Mutatis mutandis, ces considérations s'appliquent également à un entretien et à un status psychiatrique réalisé de manière standard. Ainsi, ne pas retenir le diagnostic de TDAH car "au jour de l'examen, il [Monsieur A. \_\_\_\_\_] ne présente pas de troubles de l'attention ou de la concentration" (p. 6) est une conclusion abusive car elle ne se fonde pas sur les recommandations internationales en matière de démarche diagnostique du TDAH. De même, les "constatations objectives au jour de l'examen" (p. 9) mises en avant ne sont pas appropriées pour exclure le TDAH. Page 9 toujours : "au cours de l'examen neuropsychologique il a été relevé les mêmes incohérences ainsi que différents critères d'invalidité" or nous relevons qu'un seul critère a été retenu, et il est écrit que les épreuves de validité des performances et des symptômes sont dans la norme. (cf plus bas en termes d'incohérences).

**Nous nous permettons de revenir sur différents points énoncés dans l'expertise :**

- Si le diagnostic de TDAH a été posé antérieurement, que ce trouble aurait disparu au cours de l'évolution (ce qui est possible) et dans l'hypothèse où le trouble bipolaire est compensé, comment expliquer les difficultés de concentration et d'organisation constatées par des tiers et qui ressortent de l'anamnèse socio-professionnelle, auprès de la compagne (qui compense fortement les répercussions du trouble) et des rapports médicaux de la Dre P. \_\_\_\_\_ et d'autres intervenants (difficultés qui telles qu'elles ressortent à plusieurs endroits de l'expertise ressemblent quand même fortement à des manifestations de TDAH qui auraient perduré).
- Si le diagnostic a été posé un jour et qu'il est en rémission voire guéri, il convient de le discuter quand même, ce qui n'est pas fait dans l'expertise, tout comme la présence des troubles rapportés devrait faire l'objet si ce n'est d'un diagnostic différentiel, au moins d'hypothèses explicatives : d'où proviennent toutes les difficultés de Monsieur A. \_\_\_\_\_ ?
- Page 21 : " l'assuré est autonome " : moyennant une aide soutenue de sa compagne y compris pour les soins d'hygiène. Remis en cause plus loin on ne sait pas sur quelle base d'ailleurs.
- Page 33 : non, le parcours universitaire n'est pas incohérent : il y a eu deux échecs et un TDAH n'exclut pas une réussite académique, par contre il complique souvent de façon importante les études supérieures. Il est d'ailleurs fort possible que l'entourage familial soutenant et l'intelligence de Monsieur A. \_\_\_\_\_ ait permis de compenser une partie des manifestations du TDAH pendant la scolarité et le parcours académique. Ces éléments-là sont d'ailleurs bien décrits dans la littérature.
- Page 33 : ne pas retenir de TDAH sur la base de l'absence de troubles de l'attention et de la concentration sur toute la durée de l'examen est une conclusion erronée d'un point de vue scientifique. L'examen psychiatrique tel que pratiqué ne permet pas d'exclure ce trouble, la démarche diagnostique n'a pas été réalisée lege artis.
- Page 34 : " les perturbations de l'attention et de la concentration chez l'adulte [...] ne sont pas décrites de manière objective " : le diagnostic de TDAH ne repose pas sur des mesures " objectives " mais sur les plaintes des patients concernant la présence de symptômes typiques et sur leurs répercussions fonctionnelles ainsi que sur les observations de tiers (entourage familial, amical, professionnel) concernant la qualité de son fonctionnement dans la vie quotidienne.
- Idem page 37 : l'absence de trouble cognitif le jour de l'examen n'est pas un critère pertinent pour exclure le TDAH. " La capacité de planification de structuration des tâches n'est pas altérée par un processus psychique ou psychiatrique actuellement notamment, du fait de la rémission du trouble affectif bipolaire et en l'absence de troubles psychiques, notamment cognitifs et de l'attention ", cette phrase ne tient pas compte des difficultés massives que présente Monsieur A. \_\_\_\_\_ dans sa vie quotidienne.
- Idem page 37 : « le contact avec les autres et la capacité à pouvoir travailler en groupe sont décrits par l'expertisé notamment dans le contexte de la création musicale ». Dans tout

ce qui a trait à la musique, et qui présente un grand intérêt pour lui, Monsieur A.\_\_\_\_\_ présente une hyperfocalisation, lui permettant de pouvoir rester concentré très longtemps, symptôme également typique du TDAH.

- Idem page 38 : ce même raisonnement reste faux au fil des pages car fondé sur des prémisses inexactes (il y aurait des troubles de l'attention objectivables lors de l'entretien psychiatrique).

### **En ce qui concerne la validité de l'examen neuropsychologique :**

- L'épreuve de validité des symptômes et l'épreuve de validité des performances sont dans les normes. Si la non validité de l'examen est fondée sur l'analyse des facteurs intégrés qui donne trois scores invalides, la seule conclusion qui puisse être tirée d'un examen psychométrique invalide est que cet examen ne permet pas de conclure à la présence ou à l'absence de troubles neuropsychologiques ni d'avoir une mesure du niveau cognitif " réel " ou d'interpréter ce qui a été observé. Par ailleurs, une conclusion de non-validité ne permet pas de conclure à une non crédibilité.
- Les descriptions que donne le patient et dont la neuropsychologue estime qu'elles sont incohérentes sont, contrairement à ce qu'elle affirme, tout à fait compatibles avec un TDAH pour les raisons évoquées plus haut (écart entre les situations de la vie courante dans lesquelles apparaissent les troubles attentionnels et organisationnels d'une part et les conditions artificielles de l'examen neuropsychologique d'autre part). En outre, l'oubli de prendre un traitement médicamenteux, y compris la médication pour le TDAH, est fréquent et documenté chez les personnes présentant ce trouble. Ce type d'oubli ne paraît pas surprenant ou incompatible avec de bonnes performances mnésiques observées aux tests psychométriques ou avec la réalité clinique telle que décrite par le patient que si on ne connaît pas bien ce trouble. Cf p. 54 : oublis multiples et notamment de médicaments (rapport médical 2012).
- De multiples rapports, médicaux ou non, établis par différentes sources, décrivent des symptômes typiques de TDAH et leurs répercussions fonctionnelles (pp 53 à 62), cf. par ex pour le non médical le rapport de stage 09.06.2016, et celui du CMS 17.10.2022 pour l'encadrement par la compagne qui compense les retentissements du trouble.

### **En ce qui concerne le traitement psycho pharmacologique :**

- Les oublis de prendre la médication sont réguliers chez les personnes souffrant d'un TDAH. C'est d'ailleurs dans ce contexte qu'un soutien par le CMS a été demandé avec un passage une fois par semaine pour préparer le semainier.
- Quant au taux de Méthylphénidate, un dosage a également été effectué lors de l'expertise, le 4.12.2023, il montre un taux faible pour la dose retard mentionnée de 54 mg/j. Contrairement à ce qui est discuté dans l'expertise, M. A.\_\_\_\_\_ avait bien pris son traitement. Si ceci n'avait pas été le cas il n'y aurait eu qu'une dose minime ou inexistante au dosage sanguin, au vu d'une demi-vie très courte, même dans la forme retard. Il est par ailleurs fort possible que M. A.\_\_\_\_\_ n'ait pas pris la dose totale ce même

jour ou alors comme autre hypothèse qu'il soit un métaboliseur rapide auquel cas il s'agirait d'augmenter le dosage de Méthylphénidate.

**En ce qui concerne les facteurs de surcharge :**

- Page 38 : « La capacité d'adaptation aux règles et aux routines est probablement rendue modeste par une longue période d'inactivité professionnelle et l'absence de véritable contrainte, il en va de même pour ce qui est des capacités de flexibilité et d'adaptabilité ainsi que la mise en pratique des compétences. Elles ne sont toutefois pas en soi limitées par un trouble psychique ou psychiatrique actuellement ». Cette affirmation n'est pas valide telle qu'elle au vu de la méconnaissance des symptômes associés au TDAH. Par ailleurs, à l'anamnèse, corroborée par la Dre P. \_\_\_\_\_, et même si Monsieur A. \_\_\_\_\_ était euthymique et semblait stable du point de vue psychiatrique le jour de l'expertise, il ressort qu'il souffrirait de plusieurs épisodes dépressifs légers à moyens chaque année, intensifiés par la période hivernale et dont les symptômes cognitifs associés sont de nature à intensifier les troubles inhérents au TDAH,
- Comment expliquer les difficultés mentionnées ci-dessus ainsi que les difficultés de concentration et d'organisation constatées par des tiers ?
- Nous nous questionnons donc quant à la capacité de travail énoncée comme étant à 100 % avec autant de difficultés pour lesquelles aucune autre hypothèse diagnostique n'a été formulée.

En conclusion, l'expertise en lien avec les éléments du TDAH se fonde sur une méthodologie d'investigation diagnostique impropre à exclure ce trouble ainsi que sur des raisonnements fondés sur des méconnaissances des professionnels ayant établi cette expertise concernant les expressions symptomatiques de ce trouble et sur ses retentissements fonctionnels.

**Dans le résumé d'investigations que vous trouverez en annexe, nous retenons bel et bien le diagnostic de TDAH et nous vous remercions de bien vouloir reconsidérer la situation de Monsieur A. \_\_\_\_\_.**

**C.**           **a)** Par acte du 19 novembre 2024, A. \_\_\_\_\_ a déféré auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud la décision sur opposition rendue par la Caisse le 18 octobre 2024, concluant à son annulation. En substance, il contestait la valeur probante de l'expertise réalisée au sein du R. \_\_\_\_\_.

**b)** Dans sa réponse du 4 février 2025, la Caisse a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition attaquée. Elle renvoyait à des déterminations de l'office AI du 22 janvier 2025 et à un avis

du SMR du 20 janvier 2025, lequel se déterminait de la manière suivante sur la prise de position de la docteure AD. \_\_\_\_\_ :

Je note que l'assuré a été vu au total à seulement 3 reprises entre mi-07.2024 et fin 08.2024 par la Dre AD. \_\_\_\_\_, psychiatre, consultations de [...] CHUV, adressé par la Dre P. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante, pour bilan diagnostique et adaptation de la médication.

Nous avons bien pris note, que la Dre AD. \_\_\_\_\_, psychiatre CHUV, exprime son complet désaccord avec le contenu du rapport d'expertise psychiatrique avec bilan neuropsychologique R. \_\_\_\_\_ du 13.12.2023 (GED 13.12.2023), concernant le sujet de TDAH, sans pour autant amener d'éléments psychiatriques objectifs nouveaux qui n'aient déjà été décrits dans l'expertise et largement discutés lors de l'expertise.

Tout porte à croire qu'il s'agit d'une appréciation différente d'un même état de faits (psychiatre consultante CHUV versus expert-psychiatre).

Je rappelle dans ce contexte, que l'expert-psychiatre avait clairement écarté un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (et ce alors que le tt psychostimulant avec du Méthylphénidate a été sous dosé), avec notion que le parcours, notamment académique, de l'assuré, son niveau de fonctionnement dans les différents domaines de l'existence depuis l'adolescence, et en particulier académique et artistique, n'est pas compatible avec un tel trouble, également en présence des différentes incohérences entre les plaintes spontanées de l'assuré (*plaintes de troubles de l'attention et de la concentration et de désorganisation depuis des années*) et les constatations de l'expert (*absence de trouble cognitif tout au long de l'expertise, l'assuré a été capable dernièrement d'écrire deux ouvrages d'une centaine de pages et de réaliser un documentaire, il s'inscrit de façon régulière dans une activité artistique, notamment des chorales ou des chants gospels dans des églises ou des temples, ce qui nécessite un minimum d'organisation*).

Je rappelle que l'assuré se plaignait déjà en expertise de manque d'organisation, de concentration, de motivation et de dépression générale depuis des années, mais l'examen clinique lors de l'expertise de 12.2023 a été entièrement normal, en particulier en absence de tout trouble de l'attention ou de la concentration et ce malgré un tt sous dosé, il y avait une conservation de l'intérêt et du plaisir dans différentes activités ; il n'y avait pas de fatigue et de fatigabilité ; il n'y avait pas de désorganisation de la pensée ou du comportement; la présentation générale a été sp, la tenue vestimentaire a été soignée et adaptée aux circonstances ; l'assuré semblait prendre soin de lui-même et de son apparence. A noter, qu'au cours de l'examen neuropsychologique, réalisé lors de l'expertise, il a été relevé les mêmes incohérences ainsi que différents critères d'invalidité.

Dans ce contexte, je rappelle également volontairement, qu'au moment de l'expertise de 12.2023, l'assuré présentait également aucune limitation dans ces AVQ. : il fait les courses ensemble avec sa

compagne, le ménage, la préparation des repas, cherche régulièrement sa fille mineure à W\*\*\*, en train, est très sportif, fait des randonnées avec sa compagne et des voyages, est très actif sur le plan artistique amateur, pratiquant et composant de la musique, jouant plusieurs instruments, participant à un chœur qu'il dirige à l'occasion, écrivant des livres et filmant des documentaires, fait beaucoup de lecture, regarde la télé et fait des jeux vidéo, fait du sport 1x/sem. (course à pied, natation) avec des amis, du vélo et du sport d'endurance, a une vie affective et quotidienne et un entourage proche et stable, des réseaux d'amis, des activités riches, conduit sa voiture, a réussi un diplôme d'enseignement en français, sort se promener, aide un paysan dans le village, rencontre des amis, fait avec sa compagne des weekends prolongés en Europe (France, Italie, Angleterre) et va en Allemagne pour voir son père, dont c'est lui qui organise les séjours.

J'aimerais aussi bien souligner que l'expert-psychiatre écartait en 12.2023 tout trouble de la personnalité. A noter que seulement les traits de personnalité, d'ailleurs de présence ubiquitaire dans la population occidentale, ne sont pas une atteinte psychiatrique durablement incapacitante, car n'engendrant aucune LF objectives.

Donc, dans ce contexte psychiatrique extrêmement favorable, c'est plus qu'évident qu'il n'a y a actuellement aucune atteinte psychiatrique durablement incapacitante, ni un trouble bipolaire décompensé (ni sur le plan manique, ni sur le plan dépressif), ni un TDHA décompensé, ni une autre psychopathologie significative. L'assuré ne présente littéralement aucune LF d'ordre psychiatrique et ceci depuis des années.

Je note que l'assuré a séjourné en milieu psychiatrique à BA. \_\_\_\_\_ semble-t-il du 01.10.2024 au 05.10.2024 (dont, aucune lettre de sortie n'affiche au dossier), donc pour une courte durée de 4 jours, selon la Dre AD. \_\_\_\_\_, dans le contexte d'une idéation suicidaire en lien avec une perte de l'étayage psychiatrique (proche retraite de sa psychiatre, Dre P. \_\_\_\_\_ / arrêt de prise en charge psychiatrique au CHUV). Selon la vraisemblance prépondérante, au vu de la courte durée de ce séjour hospitalier, il ne s'agissait que d'une brève déstabilisation dépressive, sans gravité, sur facteurs psychosociaux actuel (en lien avec une perte de l'étayage psychiatrique : proche retraite de sa psychiatre, Dre P. \_\_\_\_\_ et arrêt de prise en charge psychiatrique au CHUV / affaire litigieuse AI I Caisse de Compensation en cours concernant l'expertise psychiatrique de 12.2023 et arrêt des prestations PC / problèmes financières).

A noter que la Dre AD. \_\_\_\_\_, psychiatre CHUV, mentionnait déjà le 24.10.2024, donc environ 3 semaines après l'hospitalisation à QY\*\*\*, que l'assuré est en train d'effectuer une formation comme animateur d'église pendant 2 ans. Donc, l'impact de ce bref séjour psychiatrique du 01 au 05.10.2024 sur le fonctionnement psychique post-hospitalier de l'assuré semble mineur voire inexistant.

Donc, les pièces médicales versées au dossier depuis notre rapport SMR du 03.01.2024 (GED 03.01.2024) respectivement depuis l'expertise du 13.12.2023 en psychiatrie et médecine interne avec bilan neuropsychologique, R. \_\_\_\_\_ (GED 13.12.2023), respectivement depuis la décision sur l'opposition de la Caisse

Cantonale Vaudoise de Compensation AVS du 18.10.2024 (concernant le droit aux PC) ne fournissent toujours aucun nouvel élément clinique ou médico-descriptif objectif et aucunes nouvelles LF objectives d'ordre psychiatrique, neuropsychologique, internistique ou autrement médical, qui n'auraient déjà été décrits dans l'expertise et largement discutés lors de l'expertise du 13.12.2023 (GED 13.12.2023).

Donc, nous n'avons à l'heure actuelle toujours aucun nouvel élément médical objectif qui justifierait objectivement une aggravation significative, notable et durable de l'état de santé de l'assuré depuis notre rapport SMR du 03.01.2024 (GED 03.01.2024) respectivement depuis la décision sur l'opposition de la Caisse Cantonale Vaudoise de Compensation AVS du 18.10.2024 ou qui mettrait en doute les conclusions convaincantes de l'expertise du 13.12.2023 en psychiatrie et médecine interne avec bilan neuropsychologique, R.\_\_\_\_\_ (GED 13.12.2023).

Donc, notre position SMR et la CTAH/AA reste inchangée.

**c)** A l'appui de sa réplique du 6 mars 2025, A.\_\_\_\_\_ a produit divers documents, dont notamment :

- un rapport du 30 janvier 2025 de AE.\_\_\_\_\_, ergothérapeute, laquelle indiquait que, malgré les grandes ressources de l'assuré, les difficultés et impacts observés dans la vie quotidienne étaient bien présents, même pour des actes paraissant routiniers ou anodins ;
- un rapport de suivi du 27 février 2025 du Centre Médico-Social du Q\*\*\*, lequel faisait état que l'assuré bénéficiait d'un accompagnement social et administratif pour la gestion de son quotidien depuis septembre 2019 et d'une prise en charge infirmière depuis mai 2018 et qu'il requérait, malgré la présence de sa compagne et l'intervention de professionnels, une assistance globale pour ses besoins quotidiens ;
- un rapport du 4 mars 2025 du docteur AF.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, lequel a confirmé que le trouble dont souffrait l'assuré avait un impact fonctionnel majeur sur son organisation et son adhérence aux suivis/traitements ;
- un rapport du 5 mars 2025 de la docteure P.\_\_\_\_\_, laquelle indiquait soutenir les démarches entreprises par son patient ;
- un rapport d'investigation diagnostique du 6 mars 2025 établi par T.\_\_\_\_\_, psychologue associée auprès du Service de psychiatrie générale du CHUV, lequel se conclut de la manière suivante :

Le tableau clinique que présente M. A. \_\_\_\_\_ remplit les critères pour le diagnostic de trouble du déficit de l'attention-hyperactivité à présentation inattentive prédominante à l'âge adulte selon le DSM-5-TR (F90.0) : pour un seuil à 5 symptômes, M. A. \_\_\_\_\_ présente 9 symptômes d'inattention sur 9 et 4 symptômes d'hyperactivité-impulsivité sur 9 qui persistent au moment de l'investigation depuis 6 mois au moins, symptomatologie dont on peut en outre observer la présence dans plus d'un environnement.

Par ailleurs, plusieurs symptômes peuvent être rétrospectivement retracés avant l'âge de 12 ans, présents tant à la maison qu'à l'école, tout comme leur persistance durant au moins six mois au cours de l'évolution et avec, comme cela est souvent le cas, une atténuation des manifestations externalisées au fil du temps mais au prix d'un épuisement de la part de M. A. \_\_\_\_\_ pour se discipliner et réprimer certaines.

En outre, des retentissements sont manifestes de longue date et à une fréquence ou intensité importantes dans plusieurs domaines : ces répercussions dans l'enfance étaient présentes sur le plan éducationnel (concentration, devoirs, comportement) ainsi que familial, au niveau des contacts sociaux et du temps libre (prise de risque, blessures), et elles ont été atténuées par la structure externe. Par la suite, les retentissements ont été observables notamment au niveau académique, sur la vie conjugale, et ont également été atténués par l'encadrement de l'entourage.

Actuellement, la symptomatologie entraîne une altération significative du fonctionnement de M. A. \_\_\_\_\_ dans les activités occupationnelles et dans les tâches de la vie courante, au niveau familial, social et de la conception de soi, altération dont le degré de sévérité peut être spécifié comme étant grave, tant en raison du nombre de symptômes présents que du fait du handicap marqué qui en résulte. Les moyens compensatoires appliqués directement par M. A. \_\_\_\_\_ restent peu efficaces et nécessitent de sa part beaucoup d'énergie.

Enfin, même si on ne peut pas exclure une participation de l'épisode dépressif à la symptomatologie de déficit attentionnel actuellement observée et qui aggraverait celle-ci, les symptômes sont présents et persistants depuis l'enfance, hors épisodes hypomaniaques, maniaques ou de dépression du trouble affectif bipolaire diagnostiqué par ailleurs. A relever néanmoins qu'il serait indiqué d'exclure par un bilan sanguin une cause somatique qui pourrait cas échéant accentuer la symptomatologie.

A noter pour terminer que dans l'enfance les symptômes n'ont pas entraîné de handicap sur la scolarité de M. A. \_\_\_\_\_ grâce à l'encadrement soutenu de sa mère qui avait cessé de travailler pour l'assister et à de vraisemblables bonnes ressources intellectuelles. En revanche, les manifestations de TDAH et en particulier les déficits de fonctions exécutives ont entravé les études puis la vie professionnelle au moment où les exigences en matière d'organisation et d'autonomie ont augmenté. Par la suite et jusqu'à aujourd'hui ce sont la femme puis la compagne actuelle de M. A. \_\_\_\_\_ et le CMS qui ont compensé une partie des symptômes, lesquels continuent à avoir d'importantes répercussions, aussi malgré le développement par

M. A. \_\_\_\_\_ de quelques moyens compensatoires actuellement peu efficaces, le déficit attentionnel étant probablement trop intense pour être pallié efficacement par les seules stratégies adaptatives.

**d)** Dans sa duplique du 28 mars 2025, la Caisse a persisté dans ses conclusions, renvoyant pour le surplus à des déterminations de l'office AI du 21 mars 2025. A l'appui de ces dernières était joint un avis du SMR du 19 mars 2025, lequel estimait, malgré les nouveaux documents produits, qu'il n'existait, à l'heure actuelle, aucun nouvel élément médical objectif qui permettrait objectivement d'établir une aggravation significative, notable et durable de l'état de santé de l'assuré depuis son avis du 3 janvier 2024, respectivement depuis la décision sur opposition rendue par la Caisse le 18 octobre 2024 ou qui mettrait en doute les conclusions convaincantes et cohérentes de l'expertise du R. \_\_\_\_\_.

**e)** Dans ses déterminations du 24 juin 2025, A. \_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Estelle Marguet, avocate à Lausanne, a contesté une nouvelle fois la valeur probante de l'expertise réalisée par le R. \_\_\_\_\_, en mettant notamment en exergue l'absence de prise en compte de l'historique médicale, la méthodologie inadaptée pour évaluer l'existence et la gravité d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, l'absence de prise en compte d'éléments médicaux objectifs, ainsi que le fait que le rapport d'expertise comporte diverses erreurs et contradictions. Il a également relevé que les avis rendus par le SMR ne remplissaient pas non plus les exigences jurisprudentielles pour revêtir une quelconque valeur probante. Il a enfin contesté la manière dont le taux d'invalidité avait été évalué par l'office AI.

**f)** Par courrier du 12 août 2025, la Caisse a transmis les déterminations de l'office AI du 4 août 2025, lequel a maintenu sa proposition de conclure au rejet du recours.

**g)** Le 26 août 2025, A. \_\_\_\_\_ a produit d'ultimes déterminations à l'appui de son recours.

## **En droit :**

**1.**       **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent aux prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [LPC ; RS 831.30]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.**       Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations complémentaires, singulièrement sur la question de la suppression, par la voie de la révision, du droit à ces prestations avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2024.

**3.**       Selon l'art. 4 al. 1 let. d LPC, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à des prestations complémentaires dès lors qu'elles auraient droit à une rente de l'assurance-invalidité si elles justifiaient de la durée de cotisation minimale requise à l'art. 36 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).

**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 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 %.

**5.** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage ou atteint 100 %. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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. Une simple appréciation différente d'un état de

fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

**6. a)** 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).

**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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**7.** Comparant la situation telle qu'elle se présentait au moment où le recourant s'est vu allouer, en juin 2017, des prestations complémentaires avec celle existant au moment de la décision du 24 mai 2024, la caisse intimée a, sur la base de l'instruction menée par l'office AI, constaté que l'état de santé du recourant s'était amélioré à compter de 2018. Sur la base du rapport d'expertise établi par le R.\_\_\_\_\_, il y avait lieu de constater, d'une part, que le trouble bipolaire était en rémission et, d'autre part, qu'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ne pouvait être retenu. La capacité de travail du recourant était par conséquent entière, sans diminution de rendement, dans l'activité habituelle.

**a)** A l'époque où le recourant s'est vu allouer des prestations complémentaires, il existait – nonobstant certaines divergences concernant les diagnostics à retenir (voir en particulier l'avis du 23 décembre 2015 du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure – un consensus médical quant au fait que l'intéressé présentait, s'agissant des répercussions des troubles sur le fonctionnement quotidien et professionnel, de graves problèmes d'organisation, de concentration, de fiabilité et de fatigabilité, et qu'il nécessitait, pour l'exercice d'une activité lucrative, un encadrement étroit avec une ambiance tolérante et compréhensive (rapports des docteurs K.\_\_\_\_\_, médecin-chef auprès du service de psychiatrie de la Clinique M.\_\_\_\_\_, du 24 juin 2008 ; L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 19 mars 2010 ; N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, du 11 mai 2012 ; O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, des 9 mai 2015, 28 octobre 2015 et 17 mai 2016). Dans un avis du 7 décembre 2016, le Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure a, sur la base des différents rapports médicaux versés au dossier et du déroulement des diverses mesures d'ordre professionnel allouées au recourant (voir, à ce propos, les rapports de BB.\_\_\_\_\_ Sàrl du 29 mars 2016 et de F.\_\_\_\_\_,

du 9 juin 2016), estimé que celui-ci était en mesure d'effectuer, à mi-temps et avec un rendement moyen de 65 %, des activités bien structurées, sans grande responsabilité et exigeant peu de concentration.

**b)** Il n'y a pas lieu de suivre la caisse intimée, lorsque celle-ci estime que le recourant a, depuis lors, recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

**aa)** En premier lieu, force est de constater qu'il convient de dénier toute valeur probante au rapport d'expertise établi par le R. \_\_\_\_\_ au vu des lacunes que ce document contient.

**aaa)** A titre liminaire, il est permis de s'interroger sur la méthodologie appliquée par l'expert psychiatre dans le cas d'espèce pour écarter le diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Comme le relève la docteure AD. \_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 25 octobre 2024, ce sont les entretiens cliniques et les échelles d'évaluation, basés sur l'observation de la manière dont s'acquitte la personne d'activités complexes, diversifiées, à des moments différents et dans des contextes variés de la vie quotidienne, qui permettent de mettre en évidence des altérations des processus cognitifs que l'on peut retrouver dans un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ; les tests neuropsychologiques ne sont à cet égard pas considérés comme des outils de diagnostic, faute de sensibilité suffisante (voir, sur la question, BRUNETTI/CLAIR/SCHLUETER/EGGIMANN/CANDAUX, TDAH à l'âge adulte et spécificités de genre : repérage chez le généraliste, in *Revue Médicale Suisse* 2025, p. 1970 ss ; BADER/PERROUD, Trouble du déficit d'attention-hyperactivité de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : état des lieux, in *Revue Médicale Suisse* 2012, p. 1761 ss). Or, en l'occurrence, l'expert psychiatre a, sur la base de ses seules observations cliniques, estimé qu'il n'y avait pas lieu de retenir le diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, « *dans la mesure où l'attention et la concentration sont normales et ce, de façon stable sur toute la durée de l'examen et qu'il n'y a par ailleurs, pas d'agitation ou d'impatience qui soient constatées, et ce alors que le traitement psychostimulant est sous dosé et très probablement observé de manière irrégulière* ». L'entretien

d'expertise s'est toutefois déroulé au sein d'un cabinet d'expertise, soit, par essence, un endroit calme et isolé de toute influence extérieure, sur une durée relativement courte - une heure et quarante-cinq minutes - et dans un cadre dirigé, l'entretien d'expertise se déroulant selon une trame préétablie par l'expert psychiatre. Aussi convient-il d'admettre que le recourant s'est retrouvé, dans le contexte de l'expertise réalisée au sein du R.\_\_\_\_\_, dans un cadre artificiel d'évaluation, passablement éloigné de la vie réelle et des sollicitations auxquelles il peut être quotidiennement confronté, facteur dont l'expert psychiatre n'a nullement tenu compte.

**bbb)** Afin de souligner les ressources dont disposait le recourant, l'expert psychiatre a notamment mis en exergue que le recourant avait été capable d'écrire deux ouvrages d'une centaine de pages ainsi que de réaliser un documentaire, et qu'il avait une activité artistique régulière, en particulier dans le cadre de chorales ou de chœurs de gospel. Il semble toutefois que l'expert psychiatre accorde une importance démesurée aux activités de loisir du recourant dans le domaine de la musique, de la littérature ou de l'audiovisuel. En ce qui concerne les activités littéraires et audiovisuelles, il convient de souligner que celles-ci impliquent une forte dimension créative et qu'elles ont été réalisées à titre de loisir, sans pression de temps ni de résultat ; le recourant a par ailleurs expliqué, dans son mémoire de réplique, qu'il avait bénéficié d'un important soutien de sa compagne, que les livres avaient été édités à compte d'auteur et ne s'étaient quasiment pas vendus et que seules des parties du documentaire avaient été tournées, le montage n'ayant pour sa part pas été effectué. Quant aux activités dans le domaine du chant (direction d'une chorale), il a été précisé que, pour fonctionner correctement, le recourant avait besoin de l'encadrement de sa compagne, laquelle l'aidait notamment à organiser les différentes tâches de direction (exercices vocaux, préparation des répétitions, respect de l'ordre des chants ; rapport du 6 mars 2025 de la docteure AD.\_\_\_\_\_ [p. 6]).

**ccc)** Il y a lieu ensuite de constater que l'expert psychiatre n'analyse pas le soutien important apporté au quotidien par la compagne du recourant ainsi que par des tiers. Il ressort notamment des rapports

établis le 30 janvier 2025 par l'ergothérapeute AE.\_\_\_\_\_ et le 27 février 2025 par le Centre Médico-Social du Q\*\*\* que le recourant bénéficie d'un accompagnement social et administratif pour la gestion de son quotidien depuis septembre 2019, d'une prise en charge infirmière à raison d'une séance hebdomadaire de soixante minutes depuis mai 2018 ainsi que d'un soutien ergothérapique dans le but de mettre en place des stratégies pratiques destinées à aider le recourant à mieux structurer sa vie quotidienne, notamment en ce qui concerne son emploi du temps.

**ddd)** Il convient encore de relever que l'expert psychiatre ne prend pas position sur les différents échecs rencontrés par le recourant, aussi bien dans le cadre de ses diverses formations - l'expert psychiatre retient à tort que le recourant aurait réussi ses études de droit en Allemagne - que sur le plan professionnel (une quinzaine d'expériences professionnelles dont la plus longue a duré six mois), alors même qu'il est admis que le recourant est cultivé avec de bonnes ressources intellectuelles (cf. rapport du 30 janvier 2025 de AE.\_\_\_\_\_, ergothérapeute). En particulier, il ne donne aucune explication sur les raisons qui le laissent penser que les difficultés à l'origine des échecs successifs du recourant sur le plan professionnel (soit principalement des problèmes d'organisation, de concentration, de fiabilité et de fatigabilité) n'étaient pas susceptibles de réapparaître en cas de reprise d'une activité salariée nécessitant indépendance, structure et organisation.

**bb)** En second lieu, il n'y a pas lieu de prêter une attention particulière aux différents avis établis par le SMR.

**aaa)** En vertu des art. 54a al. 2 et 3 LAI et 49 al. 1 RAI, les SMR ont pour tâche d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Le sens et le but de ces dispositions est que les offices AI puissent recourir à leurs propres médecins pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Il est attendu de ceux-ci que, sur la base de leurs connaissances spéciales en médecine des assurances, ils établissent les capacités fonctionnelles des assurés déterminantes en matière d'assurance-invalidité ; il s'agit ainsi de créer une séparation conséquente des compétences des médecins traitants (traitement médical et thérapeutique)

et de l'assurance sociale (détermination des effets de l'atteinte à la santé ; TF 9C\_858/2014 du 3 septembre 2015 consid. 3.3.2).

**bbb)** Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'art. 49 al. 1 RAI 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. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Leur but est de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale. Ces rapports ne sont pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que les organes de l'assurance-invalidité se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois 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 cons. 4.6).

**ccc)** En l'occurrence, il existe de profondes contradictions entre l'expert psychiatre, le docteur AB.\_\_\_\_\_, et la docteure AD.\_\_\_\_\_ s'agissant de l'existence d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité et de son impact sur la capacité de travail du recourant, l'un excluant toute atteinte invalidante alors que l'autre retient un diagnostic aboutissant à une incapacité totale de travail. Contrairement à ce que semble penser le SMR, le point de vue du docteur AB.\_\_\_\_\_ ne saurait prévaloir sur celui de la docteure AD.\_\_\_\_\_ - lequel a par ailleurs ensuite été confirmé par la psychologue T.\_\_\_\_\_ - du seul fait que l'expert s'est exprimé préalablement à sa consœur. Alors que, dans le cas d'espèce, le rôle du SMR aurait dû consister à examiner objectivement, sur la base d'un argumentaire fondé sur la science médicale, la pertinence des critiques formulées par la docteure AD.\_\_\_\_\_, le SMR s'est contenté, dans ses avis des 20 janvier 2025 et 19 mars 2025, de renvoyer, en le paraphrasant, au contenu du volet psychiatrique de l'expertise. Les avis précités ne contiennent en revanche aucune analyse, même sommaire, des griefs articulés par la docteure AD.\_\_\_\_\_. Il convient en particulier de relever que le SMR n'a pas jugé bon de prendre position, parmi les nombreuses

critiques émises, sur les problèmes d'ordre méthodologique mis en évidence par la docteure AD.\_\_\_\_\_, sur la problématique du suivi pharmacologique, ou encore sur l'étayage important apporté au recourant par sa compagne et par différents intervenants médico-sociaux (cf. le rapport de suivi du 27 février 2025 du Centre Médico-Social du Q\*\*\*). Tout au plus le SMR a-t-il émis des doutes quant à la pertinence de l'analyse de la docteure AD.\_\_\_\_\_ en alléguant que celle-ci n'avait rencontré le recourant qu'à trois reprises au moment de rendre ses conclusions. Or force est de constater que, dans le même temps, le SMR ne voit aucun problème à reconnaître une pleine valeur probante aux conclusions du docteur AB.\_\_\_\_\_, lesquelles ont été établies à l'issue d'un seul et unique entretien d'une durée d'une heure et quarante-cinq minutes.

**ddd)** En résumé, force est de constater que le point de vue du SMR n'est – tant s'en faut – pas le résultat d'une analyse médicale objective et circonstanciée de la documentation médicale versée au dossier, mais consiste en un raisonnement fondé sur la prémisse – juridiquement erronée (cf. *supra* consid. 6b) – que tout document produit postérieurement à une expertise ordonnée par ses soins doit nécessairement mettre en évidence une aggravation de l'état de santé pour qu'il puisse être pris en compte.

**cc)** Cela étant, il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une mesure complémentaire d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique. En effet, on ne voit pas qu'il se justifierait dans le cas d'espèce de s'écarter des différents rapports médicaux établis par la docteure AD.\_\_\_\_\_, ainsi que de l'investigation diagnostique réalisée par la psychologue T.\_\_\_\_\_.

**aaa)** Dans son rapport du 25 octobre 2024, auquel il peut être entièrement renvoyé, ce médecin procède à une analyse minutieuse du volet psychiatrique de l'expertise réalisée au sein du R.\_\_\_\_\_. Elle met en évidence de manière circonstanciée, avec moult arguments, les lacunes méthodologiques de l'expertise ainsi que les biais de raisonnement utilisés par l'expert et expose de manière convaincante les raisons pour lesquelles il se justifie d'écarter les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise.

**bbb)** Dans leur rapport respectif des 24 octobre 2024 et 6 mars 2025, la docteur AD.\_\_\_\_\_ et la psychologue T.\_\_\_\_\_ expliquent de manière claire et détaillée les raisons pour lesquelles il y a lieu de retenir que le recourant souffre d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'adulte dont les répercussions ne permettent actuellement pas d'envisager l'exercice à plein temps d'une activité lucrative sur le marché de l'emploi. Leur analyse ne se limite pas aux seules observations issues de l'examen clinique mais repose sur un examen détaillé de l'anamnèse (personnelle, familiale, professionnelle et psychosociale) recueillie, sur les renseignements pris auprès de la compagne du recourant ainsi que sur des tests de dépistage détaillés ; elle offre une description claire du contexte médical dans lequel s'inscrit la symptomatologie du recourant et propose une appréciation précise et compréhensible de la situation médicale.

**c)** En l'absence de tout élément objectif qui laisserait à penser que l'état de santé psychique du recourant aurait objectivement évolué depuis le jour où l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Soleure a reconnu que le recourant était en mesure d'effectuer, à mi-temps et avec un rendement moyen de 65 %, des activités bien structurées, sans grande responsabilité et exigeant peu de concentration, la preuve de l'amélioration de l'état de santé du recourant n'a pas été rapportée au degré de vraisemblance prépondérante. Aussi convient-il de constater l'absence d'un motif de révision – au sens de l'art. 17 LPGA – susceptible de justifier la suppression du droit aux prestations complémentaires.

**8. a)** Bien fondé, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA).

**c)** Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61

let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 17 décembre 2025 par Me Estelle Marguet, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 4'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire, au mandataire du recourant.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS le 18 octobre 2024 est annulée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. La Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS versera à A.\_\_\_\_\_ une indemnité de 4'500 fr. (quatre mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Estelle Marguet (pour A.\_\_\_\_\_),

- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :