

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 304 vom 24. Mai 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-05-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2023\\_\\_304](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__304)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 304 du 24 mai 2023

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2023 / 304 del 24 maggio 2023

## Regeste

RENTE ÉCHELONNÉE, AI{ASSURANCE}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ACCIDENT PROFESSIONNEL | 28 LAI, 29 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPG, 7 LPG, 8 al. 1 LPG, 88a al. 1 RAI

## Erwägungen

### E. 5

a) En l'espèce, il est constant que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de ferblantier-couvreur depuis l'accident qu'il a subi le 7 mai 2015. Toutefois, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire établie le 13 octobre 2021 par le H. \_\_\_\_\_, l'intimé a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles présentées par le recourant, ce que celui-ci réfute. L'expertise du H. \_\_\_\_\_ se fonde sur le dossier fourni par l'intimé, que les experts ont complété par des pièces médicales obtenues directement auprès du médecin traitant du recourant. Ils ont pris note des plaintes du recourant et ont procédé aux examens complets commandés par leurs spécialités. L'expert en médecine interne générale, premier expert à avoir reçu le recourant, a soumis celui-ci à un monitoring médicamenteux, ainsi qu'à certains tests d'évaluation qui l'ont amené à préconiser l'ajout d'un volet spécialisé de neurologie à cette expertise (cf. ch. 6, p. 31 du rapport d'expertise de médecine interne). L'examen neurologique a inclus un électroneuromyogramme (ENMG), dont les résultats ont été intégrés dans l'anamnèse du rapport d'expertise neurologique (ch. 1.3, p. 5 du rapport). Les experts ont posé leurs diagnostics en confrontant leurs résultats aux constatations des médecins traitants, et ont expliqué cas échéant les raisons pour lesquelles leur avis était divergeant. Les experts ont également examiné soigneusement les ressources et difficultés dont disposait le recourant. Il convient par ailleurs de relever que l'expert en psychiatrie et psychothérapie a procédé à un examen structuré et a évalué les indicateurs prescrits par la jurisprudence relative aux affections psychiatriques. Enfin, les conclusions de l'évaluation pluridisciplinaire sont claires et étayées, de sorte qu'il faut constater que l'expertise pluridisciplinaire du H. \_\_\_\_\_ répond entièrement aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante. Les experts sont ainsi arrivés à la conclusion que la capacité de travail du recourant n'était influencée que par les atteintes au rachis, qui rendaient l'exercice de l'activité habituelle inexigible. En revanche, une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles existait, sans modification importante, à tout le moins depuis mars 2017. L'expert rhumatologue a déterminé cette date en s'appuyant sur le rapport d'examen établi en mars 2017 par le médecin-conseil de la S. \_\_\_\_\_. Une telle capacité de travail avait déjà été constatée début 2017 par les médecins de la D. \_\_\_\_\_, à l'issue du séjour de l'assuré dans cet établissement, tandis que les spécialistes consultés par

le recourant pour ses douleurs dorsales ne se sont jamais prononcés sur la capacité de travail. Il ressort par ailleurs de l'arrêt AA 15/22 - 16/2023 du 9 février 2023, que la cimentoplastie effectuée en 2019 sur la vertèbre fracturée en 2015 n'avait pas amené les résultats espérés, de sorte que l'état de santé est resté stable depuis 2017 à tout le moins. b) Dans un premier moyen, le recourant a relevé que la S. \_\_\_\_\_, respectivement de la Cour de céans dans son arrêt du 4 avril 2019, avaient retenu que la situation médicale n'était pas stabilisée avant le 31 décembre 2017, voire une date ultérieure. Ce constat serait contradictoire avec la capacité de travail retenue par les experts du H. \_\_\_\_\_. Le recourant perd toutefois de vue que, bien que la notion d'invalidité soit en principe identique en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents, il n'en demeure pas moins que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549), tout comme l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3). En effet, l'uniformité de la notion d'invalidité n'a pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1 ; 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2). Par ailleurs, le début du droit à la rente est réglé très différemment en matière d'assurance-accidents qu'en matière d'assurance-invalidité. La première fait naître ce droit au moment où l'atteinte accidentelle peut être considérée comme stabilisée parce qu'il n'y a plus lieu d'attendre d'amélioration sensible de la poursuite des soins (art. 19 al. 1 LAA) alors que, pour la seconde, le droit à la rente peut naître dès qu'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne a duré une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 LAI), mais au plus tôt à l'échéance d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI). La notion de stabilisation de l'état de santé est donc une notion propre à l'assurance-accidents, qui sert à déterminer la date à laquelle la prise en charge des frais médicaux et le versement des indemnités journalières va prendre fin, pour céder la place à une éventuelle rente d'invalidité tandis que la poursuite des soins relèvera de l'assurance-maladie. Par conséquent, même lorsque la stabilisation de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'a pas encore été atteinte, il peut exister une capacité de travail résiduelle, que la poursuite des traitements visera à améliorer encore. Il n'y a ainsi pas d'incohérence dans le fait que l'assurance-invalidité examine le droit à la rente et retienne une capacité de travail résiduelle à une date antérieure à l'assurance-accidents. Quant aux contradictions relevées par le recourant entre les appréciations des deux médecins-conseils de la S. \_\_\_\_\_, elles concernent uniquement la date de la stabilisation, restée litigieuse en relation avec la prise en charge d'une ultime intervention au niveau la fracture subie en 2015. Les considérations des médecins-conseil de la S. \_\_\_\_\_ sur la date de la stabilisation n'étaient donc pas de nature à faire douter de la valeur probante de l'expertise du H. \_\_\_\_\_. Au demeurant, en se fondant sur les constatations des médecins de la D. \_\_\_\_\_ et les résultats de l'examen effectué en mars 2017 par le Dr P. \_\_\_\_\_, les médecins-conseils de la S. \_\_\_\_\_ ont évalué la capacité de travail de la même manière que les experts du H. \_\_\_\_\_, étant rappelé que l'intervention dont la prise en charge par l'assurance-accidents était litigieuse a eu lieu avant l'expertise et n'a pas apporté l'amélioration espérée (cf. arrêt AA 15/22 - 16/2023 du 9 février 2023, consid. 5b). c) Dans un second moyen, le recourant a remis en question la valeur probante de l'expertise du

H. \_\_\_\_\_, en raison d'incohérences et de contradictions relevées par ses médecins traitants. aa) Sur le plan somatique, se fondant sur les commentaires du Dr N. \_\_\_\_\_ du 25 février 2022, le recourant a fait valoir que l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_ ne pouvait être suivie parce que ce médecin a écrit que la présence d'une maladie inflammatoire ne pouvait être exclue, sans procéder à d'autres investigations pour éclaircir ce point. Il convient d'emblée de relever que le Dr N. \_\_\_\_\_ ne tire aucune conclusion d'ordre médical de ce constat, en ce sens qu'il n'explique pas en quoi le fait de ne pas retenir ni exclure ce diagnostic rendrait caduc l'ensemble des conclusions de l'expertise. Il s'agit en effet de rappeler que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 : 9C\_787/2015 du 31 mai 2016 consid. 6) . Par ailleurs, il faut constater, à l'instar de l'intimé, que la phrase incriminée a été sortie de son contexte. L'expert a indiqué précédemment que, malgré une scintigraphie osseuse évoquant une possible spondylarthrite inflammatoire, la présentation clinique n'était « pas suggestive d'une telle pathologie ». Il n'y avait pas de signe évocateur dans les différentes IRM effectuées jusqu'alors, de syndrome inflammatoire biologique lors de la récente prise de sang, ni de signe objectivable à l'examen clinique (ch. 7.1, p. 29 du rapport d'expertise rhumatologique). Il en découle que, s'il n'a pas complètement exclu la possibilité d'une maladie inflammatoire dont les manifestations peuvent évoluer dans le temps, l'expert a exposé les raisons qui l'amenaient à ne pas retenir ce diagnostic au jour de l'expertise. Il a ensuite précisé que la capacité de travail était préservée dans une activité adaptée « même en admettant une possible spondylarthropathie inflammatoire associée » (ch. 7.1, p. 30 du rapport d'expertise rhumatologique). L'expert a donc tenu compte des possibles répercussions d'une telle atteinte dans la détermination de la capacité de travail du recourant, même s'il n'a pas formellement retenu ce diagnostic. Aussi, la critique du Dr N. \_\_\_\_\_ à l'égard de l'expertise rhumatologique est-elle entièrement infondée. Dans son écrit du 25 février 2022, le Dr N. \_\_\_\_\_ a également critiqué l'expertise du Dr A. \_\_\_\_\_, pointant le fait que cet expert a attesté d'une capacité de travail de 100 % sans perte de rendement dans l'activité antérieure en opposition totale avec les conclusions de la S. \_\_\_\_\_ et du Dr X. \_\_\_\_\_. Ce faisant, le médecin traitant a omis le fait que le Dr A. \_\_\_\_\_ était mandaté pour procéder à une expertise de médecine interne, discipline générale, alors que des expertises spécialisées étaient également mises en œuvre. Conformément à son mandat, ce médecin a porté son attention sur l'état de santé du patient en excluant les autres domaines expertisés, l'interaction entre les différentes atteintes devant ensuite faire l'objet de l'évaluation consensuelle entre les spécialistes. Comme il l'a exposé au ch. 6 de son rapport, le Dr A. \_\_\_\_\_ a retrouvé d'importants signes neurologiques à l'examen et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise neurologique qui n'avait pas été requise initialement, puis s'est limité aux autres diagnostics du domaine de la médecine générale. Dans ce contexte, l'expert a noté la présence d'épigastalgies non invalidantes et n'a observé aucun caractère objectif pour l'importante fatigue déclarée par l'assuré, en précisant que le score à l'échelle de somnolence d'Epworth montrait des signes de somnolence diurne qui paraissaient toutefois plus en rapport avec l'existence de troubles du sommeil sous-jacents et du traitement médicamenteux en cours d'utilisation, mais non le signe d'un trouble de type apnée du sommeil. Enfin, le bilan sanguin permettait d'écarter une carence en fer (cf. pp. 31 s. du rapport d'expertise de médecine interne). Ainsi, il n'apparaît pas de contradictions entre les différentes expertises portant sur l'état de santé somatique. bb) Du point de vue psychique, le recourant a fait valoir que l'expert psychiatre

ne pouvait être suivi parce qu'il avait nié toute affection psychiatrique, à l'encontre de l'avis de l'ensemble de ses médecins traitants et quand bien même il est suivi depuis plusieurs années par des psychothérapeutes. Cette argumentation n'est pas pertinente. En effet, l'expert psychiatre a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.3) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il a dûment expliqué les raisons qui l'ont amené à retenir ce diagnostic plutôt que ceux posés par les psychothérapeutes traitants. Il a relevé en particulier que le tableau clinique ne présentait pas de symptomatologie dépressive suffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce registre de pathologie, ni de symptomatologie anxieuse suffisante pour retenir un autre diagnostic spécifique de ce type. L'expert a par ailleurs expliqué pour quels motifs il ne retenait pas le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. En revanche, le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'a pas étayé ses diagnostics dans ses différents rapports et n'a pas pris position sur l'expertise psychiatrique dans son écrit de février 2022. Cela étant, il apparaît que le tableau clinique posé par l'expert diffère de manière importante du status décrit par le Dr Z. \_\_\_\_\_ dans ses différents rapports. Cependant, l'expert a observé un « décalage manifeste » entre les plaintes subjectives de l'expertisé (intensité forte de l'humeur dépressive et anxieuse) et les constatations de l'examen (humeur anxieuse d'intensité faible, euthymie, pas de signe objectif de fatigue), une amplification manifeste des symptômes physiques et psychiques, ainsi que l'absence de sentiment de détresse mais un expertisé « revendiquant ». Il a également constaté que le taux sanguin de la médication antidépressive était « très en-dessous » de la fourchette thérapeutique, ce qui objectivait une non-observance. Le décalage entre les constatations objectives à l'examen et les plaintes subjectives du recourant a été signalé par l'ensemble des experts (cf. ch. 4.6, p. 11 de l'évaluation pluridisciplinaire), et était déjà mentionné par les médecins de la D. \_\_\_\_\_, en particulier par la psychiatre-conseil de l'établissement (cf. p. 3 du consilium psychiatrique du 16 décembre 2016), par le Dr P. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen final du 29 mars 2017, ainsi que par la Dre C. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 septembre 2017. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a également noté dans ses rapports de 2018 que son patient restait « algique et plaintif », qu'il répétait souvent que sa vie avait basculé à cause de l'accident de 2015 et qu'il regrettait sa vie d'avant son accident en raison des répercussions économiques de la perte de son emploi. Dans le rapport du 16 février 2022, le psychiatre a dit craindre une péjoration des symptômes de son patient en l'absence de ressources pour aller mieux, face à une réactivation permanente de ses traumatismes par ses douleurs, sa précarité économique, ses difficultés relationnelles et un conflit conjugal latent. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ s'est cependant limité à indiquer que son patient ne disposait d'aucune compétence ni ressources internes ou externes, sans autre précision. Enfin, il apparaît que ce médecin ne s'est jamais réellement prononcé sur la capacité de travail du recourant, se référant généralement à cet égard aux rapports des médecins somaticiens ou aux plaintes algiques de son patient. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a pour sa part uniquement relevé la contradiction entre l'avis de l'expert et celui du psychothérapeute traitant, sans apporter d'argument médical. Les rapports établis par ce médecin ne contiennent aucun status ni description de la journée-type du recourant. Enfin, dans ses critiques à l'égard de l'expertise, le médecin généraliste traitant n'a émis aucun grief à l'encontre des examens et constatations médicales des experts. Il apparaît ainsi que les conclusions des médecins traitants sont largement influencées par des facteurs qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. En effet, selon la jurisprudence, lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets,

il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches ; en revanche, les contraintes sociales ayant directement des conséquences fonctionnelles négatives ne sont pas prises en considération (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées ; TF 9C\_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Il faut également tenir compte de la relation thérapeutique qui s'est nouée entre le recourant et les Drs Z.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, qui a pu influencer leur évaluation de la capacité de travail face à un patient plaintif, qui a tendance à exagérer ses symptômes et qui, de surcroît, ne prend pas de manière régulière la médication prescrite comme l'a constaté l'expert psychiatre. Les divergences entre les rapports du psychiatre traitant, relayées par le médecin généraliste traitant, et les conclusions de l'expertise psychiatrique s'expliquent ainsi largement et ne remettent pas sérieusement en question les résultats de l'expertise. d) Les constats des experts ne sont pas remis en cause non plus par le rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2022 déposé par le recourant avec sa dernière écriture. Outre le fait que les nouvelles investigations dont il est question sont postérieures à la décision et ne peuvent dès lors pas être prises en compte, il faut relever que le lien possible entre les douleurs et la position des vis dans la vertèbre fracturée en 2015 a déjà été mentionné par le passé. Cette problématique a en effet été signalée notamment dans le rapport de scintigraphie osseuse du 7 mai 2021, figurant dans l'expertise du H.\_\_\_\_\_, et le Dr O.\_\_\_\_\_ a noté que les examens radiologiques effectués à distance de l'accident avaient révélé une possible petite irritation par les vis pédiculaires. Néanmoins, le Dr O.\_\_\_\_\_ n'a pas observé d'atteinte somatique neurologique lors de son examen (ch. 7.1, p. 30 du rapport d'expertise neurologique). Il apparaît également que, contrairement à ce qu'affirme le recourant dans son écriture du 26 octobre 2022, les nouveaux médecins qu'il a consultés à la Clinique [...] ne semblent convaincus, ni du lien entre la vis et les douleurs ressenties (« Die Beschwerden des Patienten sind bildmorphologisch nicht vollständig erklärbar »), ni de l'efficacité d'une éventuelle intervention à ce niveau (« Ob sich die Schmerzen des Patienten nach der Entfernung verbessern, kann nicht vorausgesagt werden »). Ce rapport doit donc être écarté. En conséquence, il faut reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du H.\_\_\_\_\_, de sorte que l'intimé était fondé à retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à l'atteinte lombaire.

## **E. 6**

Le recourant n'a formulé aucune critique à l'égard du calcul de son degré d'invalidité ou de son statut de personne active à 100 %. Le calcul peut être confirmé. Ainsi, compte tenu d'une incapacité complète de travail et de gain jusqu'au 28 février 2017 puis d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> mars 2017 entraînant un degré d'invalidité nul, c'est à juste titre que l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> mai 2016 au 31 mai 2017.

## **E. 7**

A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis l'audition en qualité de témoins de son médecin généraliste et de ses psychothérapeutes traitants, ainsi que la mise en œuvre d'expertises médicales et d'une évaluation de sa capacité de travail. S'agissant des auditions, les praticiens concernés ont déjà rédigé plusieurs rapports figurant au dossier de la cause. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'ordonner en sus leur audition. Quant aux expertises, comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. Le juge peut en effet mettre fin à

l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

#### **E. 8**

- a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.
- b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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