

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 858 vom 29. Januar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__858

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 858 du 29 janvier 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 858 del 29 gennaio 2024

Regeste

AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, EXPERTISE MÉDICALE, FORCE PROBANTE, REJET DE LA DEMANDE | 28 al. 1 LAI, 16 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa deuxième demande, déposée le 9 avril 2019, sur laquelle l'OAI est entré en matière.

E. 3

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date. C'est ainsi à l'ancien droit qu'il est fait référence au sein du présent arrêt.

E. 4

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). d) 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).

E. 4.4

et les références citées).

E. 5

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). 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). Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les symptômes décrits et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des

plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 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). 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). 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 mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de cette dernière, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références). 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 (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la 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.

E. 6

Lorsque l'octroi d'une rente a été refusé parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la

modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

E. 7

En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé du recourant s'est péjoré, dans une mesure susceptible de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée et de justifier l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, depuis la précédente décision au fond, datée du 4 novembre 2010. Il est établi qu'à cette époque, le recourant a présenté une invalidité en lien avec son atteinte ORL, lui donnant droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} décembre 2008 au 30 avril 2009. Dès le mois de janvier 2009, le recourant avait recouvré une capacité de travail de 95 % dans une activité adaptée. L'intimé avait alors mis un terme à la rente entière d'invalidité, trois mois plus tard, décision qui n'avait pas été contestée et qui est entrée en force et définitive. Les limitations fonctionnelles retenues étaient le travail en hauteur sur échelles ou échafaudages, en position instable, les mouvements brusques, répétitifs, de forte amplitude du tronc et de la tête, l'exposition au bruit, le travail dans l'obscurité et la conduite de véhicules lourds. La deuxième demande du recourant étant datée du 9 avril 2019, son droit éventuel à une rente d'invalidité, basée sur l'incapacité de travail attestée depuis le 11 décembre 2017, ne pourrait naître qu'à partir du mois d'octobre 2019 (délai d'attente procédural de six mois de l'art. 29 al. 1 et 3 LAI cum art. 29 al.1 LPGA). Le recourant requiert l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité essentiellement en lien avec la péjoration de sa santé psychique, c'est-à-dire avec une nouvelle atteinte invalidante, puisqu'à l'époque de la décision initiale, aucune atteinte invalidante de ce registre n'avait été retenue. De plus, il a fait valoir en procédure judiciaire que son atteinte ORL pourrait s'être péjorée, respectivement avoir des effets néfastes sur sa santé psychique. Il reproche à l'intimé de lui avoir reconnu un degré d'invalidité de 19 %, nonobstant ses atteintes à la santé, lesquelles lui causeraient une incapacité de travail totale, de longue date et pour une durée indéterminée. Il conteste en second lieu le taux d'abattement de 5 %. Il est d'emblée constaté que l'inexigibilité de l'activité habituelle du recourant ne fait en réalité pas débat. La décision entreprise est motivée par la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et non dans son activité habituelle (que ce soit dans le domaine de la construction ou d'agent de sécurité en discothèque). Ce point est manifestement basé sur l'avis du SMR du 24 juin 2020, qui

rappelle que le recourant est reconnu incapable d'exercer son activité habituelle depuis le 2 décembre 2008, ceci en raison de son atteinte somatique ORL et des limitations qui en découlent. Il ne se justifie dès lors pas d'examiner plus avant cet aspect. En particulier, l'affirmation de la Dre J. _____ selon laquelle le recourant pourrait reprendre un travail d'agent de sécurité, du point de vue strictement psychique, n'est pas déterminante. On précisera tout de même que la profession d'agent de sécurité ne se cantonne pas aux discothèques ou endroits fréquentés.

E. 8

Pour rendre la décision entreprise, l'intimé s'est fondé essentiellement sur le rapport d'expertise psychiatrique de la Dre J. _____ du 15 juin 2020, ainsi que sur l'avis du SMR du 24 juin 2020. Il s'agit dès lors d'examiner la valeur probante de cette expertise, notamment à l'aune des critères jurisprudentiels idoines. a) Sur le plan formel tout d'abord, le recourant fait grief à la durée de l'entretien d'expertise, qui s'est déroulé en une seule séance de 3 heures et 15 minutes. On rappellera que la durée de l'examen d'expertise ou le nombre de séances n'est pas, en soi, un critère de la valeur probante d'un rapport médical (TF 9C_457/2021 du 13 avril 2022 consid. 6.2 ; 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 et les références). Cette critique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'experte, dont le rôle consistait à porter un jugement sur son état de santé dans un délai relativement bref (idem). Par ailleurs, le recourant n'évoque pas d'éléments sur lesquels il n'aurait pas été en mesure de s'exprimer, ni ne formule d'autre critique précise, de sorte que cette seule affirmation ne saurait faire douter de la valeur probante dont il est question. Le grief doit être écarté. b) Sur le fond, l'expertise de la Dre J. _____ réunit tous les requisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il ressort du rapport du 15 juin 2020 que l'experte a établi le contexte médical du recourant, puisqu'elle a synthétisé les rapports médicaux, en particulier psychiatriques, depuis décembre 2007. Elle a retracé l'évolution des incapacités de travail attestées par les différents médecins depuis le 2 décembre 2007. Elle a établi l'anamnèse familiale, professionnelle, sociale, psychiatrique, somatique et asséurologique de manière détaillée et en différenciant ses remarques basées sur le dossier, des informations recueillies lors de l'entretien. Elle a procédé à l'examen psychiatrique clinique, personnellement et conformément à sa spécialité. Elle a retracé le déroulement du quotidien du recourant, ses traitements antérieurs et actuels. Elle a rapporté ses plaintes. Elle a mis en œuvre des analyses de laboratoire et interprété leurs résultats (hématologie, chimie clinique, médicaments, produit d'addiction, fonction thyroïdienne). Elle a effectué des tests psychométriques (autoévaluation de la dépression de Beck, échelle d'évaluation de la dépression d'Hamilton, échelle d'appréciation de l'anxiété d'Hamilton). Elle a listé les diagnostics retenus antérieurement, ainsi que ceux qu'elle retenait actuellement. Elle a ensuite formulé ses observations et constatations et en a tiré son appréciation, cohérente et motivée. Elle a enfin répondu aux questions posées par l'OAI. Il n'y a pas de lacune dans ce travail d'expertise. En particulier, la Dre J. _____ a examiné les indicateurs jurisprudentiels. On précisera néanmoins à cet égard que cette analyse n'était pas strictement nécessaire, ou du moins que le niveau d'exigence d'évaluation des indicateurs doit être relativisé en l'espèce. En effet, l'experte n'a retenu qu'un seul véritable diagnostic, à savoir un trouble anxieux et dépressif mixte de degré léger (F41.2), puisque les autres problèmes retenus, codifiés sous la lettre Z de la classification CIM-10, correspondent à des facteurs qui influencent l'état de santé et entraînent le recours aux soins de santé. Ces éléments ne relèvent pas en tant que tels de la notion d'atteinte à la santé ayant une portée

juridique (SVR 2012 IV n° 52 p. 188 consid. 3.1 [TF 9C_537/2011]) et ne constituent donc pas une atteinte à la santé invalidante, ni d'emblée une comorbidité. Or, en l'état de la jurisprudence fédérale, un trouble anxieux et dépressif de degré léger, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave, et partant, comme une atteinte invalidante (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2). Quoi qu'il en soit, la Dre J._____ a apprécié les ressources et les limitations du recourant. S'agissant de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi que de l'appréciation des capacités, ressources et difficultés (chap. 7.3 et 7.4 pp 21-22 du rapport), l'experte a certes indiqué qu'elle manquait d'éléments anamnestiques actuels, compte tenu de la récente sortie de prison du recourant, qui impliquait que son discours n'était possiblement pas complètement représentatif. Toutefois, cette précision tend au contraire à crédibiliser l'appréciation de l'experte. Il ressort du rapport que le fonctionnement du recourant n'a en réalité pas subi de modification déterminante, de longue date. L'experte relate qu'il présente une limitation relativement uniforme dans tous les domaines de la vie, qu'il est peu adapté aux règles et aux routines, de longue date, qu'il ne planifie ni ne structure ses tâches, qu'il est peu flexible, a peu de capacité d'adaptation, pas de compétence spécifique, peu d'aptitude à évoluer au sein d'un groupe, etc. En revanche, il entretient de bonnes relations avec deux de ses enfants, qu'il voit régulièrement, et avec sa famille au [...]. Il ne semble pas que le séjour en prison du recourant ait modifié ses ressources ou son niveau d'activité sociale, par rapport à avant son incarcération. Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas et ne l'a pas affirmé lors de l'expertise. On ne voit dès lors pas de motif de retenir que l'anamnèse établie par la Dre J._____, quelques jours après la libération du recourant, ne lui aurait pas permis d'apprécier la situation psychiatrique de manière probante. Il n'y a du reste aucun élément médical au dossier qui soutiendrait cette hypothèse, formulée par le recourant, qu'il y a donc lieu d'écarter. Le recourant reproche encore à l'experte d'avoir retenu une atteinte à la santé de degré léger, en citant l'échelle d'évaluation de la dépression et de l'anxiété d'Hamilton. Selon lui, dès lors que cette échelle fait intervenir un élément subjectif, à savoir le point de vue de l'expert pour le choix des items, cet examen, par nature, pouvait s'en trouver biaisé. Il aurait été nécessaire que l'experte cite les différents items et motive ses choix à cet égard, afin d'objectiver son évaluation. Ce d'autant plus que le recourant avait également été soumis à l'évaluation de la dépression de Beck, une méthode d'auto-évaluation, et qu'il obtenait alors un score de 38, correspondant à une dépression de degré sévère. En l'occurrence, l'experte a mentionné et exposé les résultats de ces tests psychométriques effectués (pp 18-19 du rapport) avant de poser et d'expliquer son diagnostic (p. 19). Il s'agit en réalité d'instruments complémentaires à ses constatations. Il n'y a pas de choix des items. On rappellera en sus que l'administration, puis le juge, se fonde sur des documents médicaux pour fixer le degré d'invalidité (cf. consid. 4c supra). Ainsi, les griefs d'ordre médical du recourant, qui ne sont pas corroborés par des pièces médicales, comme c'est le cas de cette critique des tests psychométriques, ne sauraient en l'espèce remettre en cause la valeur probante de l'expertise. c) S'agissant des appréciations des médecins traitants du recourant, les remarques suivantes s'imposent. Les rapports de la P._____ postérieurs à la décision entreprise sont irrecevables, dans la mesure où ils concernent une situation postérieure à l'état de fait déterminant (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1). Les rapports des 5 mai et 4 juin 2021 ne peuvent être pris en compte que relativement à la situation qui prévalait jusqu'à la reddition de la décision, le 18 janvier 2021. Il en va de

même des arguments du recourant au sujet de son état de santé actuel, après la décision qui circonscrit l'état de fait. d) La Dre J. _____ a dûment tenu compte du rapport de la P. _____ du 24 mai 2019 dans son expertise. Elle a indiqué que les symptômes décrits dans ce rapport n'expliquaient pas l'absence totale de capacité de travail retenue et que les événements de la vie du recourant en 2015 (plainte de sa fille et procédure judiciaire) s'apparentaient à des facteurs de stress ayant pu le décompenser (p. 13 du rapport). Elle a souligné l'irrégularité du traitement thérapeutique et le fait que le rapport de la P. _____ attestait, en 2019, un état dépressif depuis 2010, alors que le suivi avait été interrompu entre 2012 et 2015. Elle a noté que malgré la présence de symptômes anxieux et dépressifs, le dosage du médicament anti-dépresseur avait été diminué (p. 17 du rapport). Elle a expliqué que l'intéressé présentait une perte d'énergie, d'espoir et de vision d'avenir, de motivation, une fatigue et une fatigabilité, une attitude morose face à l'avenir, une perte de confiance en lui et un manque de réactivité émotionnelle aux choses habituellement agréables (pp 18-19 du rapport). Elle a ainsi bien relevé des symptômes dépressifs et anxieux, au contraire de ce que soutient le recourant. Selon son appréciation, elle n'avait pas mis en évidence de trouble du sommeil, de perte d'appétit, d'idée noire ou auto-agressive, ou encore de culpabilité. La motivation de la Dre J. _____ quant au degré de gravité de l'atteinte dépressive et anxieuse apparaît convaincante et congruente avec ses observations. S'agissant des limitations fonctionnelles, le rapport des médecins de la P. _____ du 24 mai 2019 retenait effectivement de nombreuses limitations, sous la forme de croix cochées dans la liste figurant sur le formulaire qui leur était adressé. Toutefois et contrairement à ce que soutient le recourant, ces limitations ont été considérées par l'experte J. _____. Par ailleurs, les médecins traitants n'ont pas expliqué en quoi ces limitations entraîneraient une perte de capacité de travail dans une activité adaptée. Le recourant reproche la brièveté de l'analyse des effets du diagnostic et des problèmes retenus par la Dre J. _____ sur sa capacité de travail. Or, l'experte a clairement indiqué que l'atteinte psychique de l'intéressé n'influencait pas sa capacité de travail dans une activité adaptée, de sorte que des développements supplémentaires n'apparaissent à l'évidence pas nécessaires. On relève encore que le rapport de la P. _____ du 24 mai 2019 retient comme diagnostic celui de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62), depuis juillet 2008. Or, l'expertise pluridisciplinaire du 4 mars 2009 avait établi à cette date déjà qu'il n'y avait plus d'élément en faveur d'un trouble post-traumatique et que le diagnostic de modification durable de la personnalité était erroné. De plus, la fréquence du suivi psychiatrique, d'une fois par mois, soutient également les conclusions de la Dre J. _____ (cf. également rapport du 5 mai 2021). Ce rapport n'est ainsi pas de nature à remettre en question la valeur probante de l'expertise de la Dre J. _____. Ce d'autant moins qu'il ne porte pas sur la modification de l'état de santé du recourant depuis la première décision de l'OAI, ce qui constitue l'objet de la présente cause (cf. à ce sujet TF 9C_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2). e) Quant aux rapports de la P. _____ postérieurs à l'expertise, dans la mesure où ils sont recevables, ils ne sauraient pas non plus jeter le doute sur les conclusions convaincantes de la Dre J. _____. Le suivi s'avère toujours effectué à une fréquence mensuelle et il est imposé au recourant (suivi obligatoire d'une année). Les médecins traitants ne critiquent pas les constats de la Dre J. _____, puisqu'elles ne semblent pas savoir qu'une expertise a été diligentée et elles indiquent précisément qu'un tel processus pourrait trancher leurs hypothèses diagnostiques (rapport du 4 juin 2021). Dans leur dernier rapport, les médecins traitants laissent entendre qu'elles n'étaient pas en possession des rapports antérieurs, lors

de l'établissement de leur rapport du 5 mai 2021 et qu'une fois ces informations connues, elles sont revenues sur leur appréciation diagnostique. Elles mentionnent des hypothèses en lien avec un syndrome de dépendance et des troubles de la personnalité. Elles n'ont suivi le recourant que dès le mois de février 2021. Cette appréciation n'est ainsi manifestement pas de nature à faire douter de celle de la Dre J. _____, pour la période pertinente. f) Le recourant argue qu'il aurait dû faire l'objet de mesures de performance en activité. En l'absence de tout élément médical portant sur la diminution potentielle de son rendement, on voit mal en quoi l'OAI ou l'experte auraient dû suggérer une telle mesure. g) Le recourant fait ensuite valoir qu'aucun rapport n'a été rendu s'agissant du trouble de l'audition dont il souffre de longue date. Il s'interroge sur l'incidence de ses troubles de l'équilibre et de la surdité sur sa santé psychique et relève que le Dr M. _____, qui l'avait suivi sur le plan ORL à la suite de son accident, avait indiqué dans son rapport du 28 avril 2008, qu'il y avait une incidence objective entre la manifestation des troubles de l'audition et l'existence de difficultés de la concentration et la présence d'une fatigue importante, liée à la nécessité pour le corps de puiser dans ses réserves pour assurer l'équilibre. Le recourant omet de mentionner le caractère temporaire de ces constats, qui se dégage dudit rapport (« Le patient sera certainement capable de reprendre son activité tout au moins à temps partiel dans un délai de quelques semaines à quelques mois », p. 108 du dossier). Quoiqu'il en soit, cette pièce n'entre pas dans l'état de fait déterminant de la présente cause, puisqu'elle date d'avant la première décision de l'OAI dont la révision matérielle est demandée. L'atteinte ORL est connue et documentée, le SMR et l'OAI ont continué d'en tenir compte et le recourant n'a pas prétendu, avant la phase judiciaire, que cette atteinte se serait péjorée. Aucune pièce médicale ne suggère le contraire et il y a lieu de rappeler le devoir de collaborer du recourant (ATF 125 V 193 consid. 2 ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; TF 9C_476/2021 du 30 juin 2022, consid. 5.2.1). Ces griefs doivent être écartés. h) Ainsi, sur le plan médical, l'OAI était fondé à suivre le rapport d'expertise de la Dre J. _____ pour l'atteinte psychique, et les constats qui prévalaient lors de la première décision pour l'atteinte somatique ORL. Le recourant présentait donc une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis février 2009.

E. 9

a) Sur le plan économique, le recourant conteste uniquement la mesure de l'abattement appliqué à son revenu avec invalidité, à savoir 5 %, et considère que ce taux devrait être de 25 %, compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Les éléments à prendre en compte sont, selon lui, des troubles de la concentration, une grande fatigabilité, des difficultés relationnelles ressenties, une hypersensibilité au stress, ainsi qu'une capacité d'adaptation au changement limitée. De plus, il avait été éloigné du marché du travail durant plus de treize ans et n'était pas au bénéfice d'une formation professionnelle ou d'une expérience particulière. b) Pour déterminer le revenu avec invalidité (consid. 4b supra), lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au

maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb ; TF 8C_80/2013 du 17 janvier 2014 consid. 4.2 ; 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1 ; 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.1). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (" Angemessenheitskontrolle "). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 3.3). c) En l'occurrence, il ressort de la feuille de calcul établie le 25 septembre 2020 (p. 561 du dossier) que l'OAI a considéré que les limitations somatiques n'engendraient pas de désavantage salarial. Il existait suffisamment d'activités adaptées au vu des limitations fonctionnelles et l'OAI est revenu sur son appréciation de 2009, qui retenait un abattement de 10 %. Une réduction de 5 % se justifiait en raison des limitations fonctionnelles psychiques, qui pouvaient engendrer un désavantage salarial, au contraire des autres facteurs. L'intéressé pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, comme dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères ou ouvrier dans le conditionnement. Compte tenu des particularités du cas d'espèce ainsi que des limitations fonctionnelles somatiques et psychiques, retenues par l'OAI et confirmées ci-avant, il n'appert pas justifié de revenir sur l'appréciation de l'intimé quant au taux d'abattement. La capacité de travail résiduelle du recourant ainsi que ses limitations fonctionnelles ne permettent pas de rendre hautement vraisemblable qu'il n'atteindrait pas le revenu moyen des travailleurs du secteur retenu in casu , moyennant un abattement de 5 %. En particulier, la longue absence ou éloignement du marché du travail ne constitue pas un facteur déterminant pour l'abattement (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa ; TF 9C_892/2012 du 30 avril 2013 consid. 5.4). Les activités adaptées retenues, au niveau de compétence 1 du tableau de l'ESS, ne requièrent aucune formation ou expérience professionnelle spécifique, de sorte que cet argument du recourant tombe également à faux (entre autres, TF 8C_438/2022 du 26 mai 2023, consid. 4.3.5). Les limitations fonctionnelles du recourant ont été prises en compte ; elles conduisent à l'inexigibilité de son activité habituelle et à une réduction de 5 % de son revenu avec invalidité. En revanche, la question de l'admissibilité de la diminution de l'abattement de 10 % à 5 %, alors que ce taux avait été retenu dans la décision de l'OAI de 2009, que la situation sur le plan somatique n'a pas évolué et que ce taux avait été également retenu par l'assurance-accidents dans son calcul d'invalidité pourrait se poser (cf. à ce sujet p. 327 du dossier et TF 8C_129/2022 du 25 novembre 2022 consid. 4.4.2). Quoiqu'il en soit, l'application d'un taux d'abattement de 10 %, ou même de 25 %, ne changerait pas le droit à une rente d'invalidité du recourant. En effet, le calcul aboutit à un degré d'invalidité inférieur à 40 % dans tous ces cas de figure (revenu sans

invalidité : 79'927 ; revenu avec invalidité : [68'105,5 – 25 % = 51'079,13] ; comparaison : [79'927 – 51'079,13] / [79'927 x 100] = 36,09 %). Partant, le taux d'abattement retenu par l'intimé peut être confirmé. d) Les autres éléments de calculs ne sont pas contestés et peuvent être confirmés, après vérification d'office. e) Au vu de son degré d'invalidité inférieur à 40 %, le droit à une rente d'invalidité est fermé pour le recourant (cf. consid. 4b supra).

E. 10

Le recourant a conclu à l'octroi de mesures professionnelles, sans toutefois motiver cette conclusion ou expliquer quelles mesures elle vise concrètement. Il ressort du dossier qu'en 2009, il ne s'était pas senti apte à entreprendre des mesures d'intervention précoce et l'examen de mesures de réadaptation professionnelle (cf. décision du 16 décembre 2009, p. 355 du dossier). Le 25 septembre 2020, le secteur de réadaptation de l'OAI a estimé que le droit du recourant à des mesures n'était pas ouvert et que même s'il l'était, aucune mesure simple et adéquate ne serait objectivement et subjectivement susceptible de réduire le préjudice économique (rapport REA, p. 559 du dossier). Sur demande du recourant, il pourrait bénéficier d'une aide au placement (idem ; art. 18 LAI). A la lumière des pièces au dossier, le recourant n'a, semble-t-il, jamais demandé, ni participé à des mesures d'ordre professionnel et n'a pas demandé de bénéficier de l'aide au placement. Dans ces circonstances, la décision de l'OAI ne saurait qu'être confirmée s'agissant des mesures d'ordre professionnel, aucun élément ne permettant de remettre en cause son appréciation.

E. 11

Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit et ayant pu être librement appréciés (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3). Il en va de même de la requête d'audition du recourant, formulée sous forme d'interrogatoire sur certains allégués de faits, soit en tant qu'offre de moyen de preuves.

E. 12

a) Au vu de ce qui précède, l'état de santé du recourant et ses conséquences sur sa capacité de gain ne lui ouvrent pas le droit à une rente d'invalidité. L'intimé était ainsi fondé à rendre sa décision de refus du 18 janvier 2021. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté. 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. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu l'issue du litige. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa a contrario). d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Vincent Demierre, qui peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, laquelle est fixée en considération de l'importance de la cause, de ses

difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. En l'occurrence, il convient de fixer l'indemnité de conseil d'office de Me Demierre à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 3 al. 2 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'État, dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. a, b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (DGAIC, auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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