

VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 943 vom 22. März 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2023__943

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 943 du 22 mars 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2023 / 943 del 22 marzo 2024

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, REJET DE LA DEMANDE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

E. 3

Sur le plan formel, le recourant a fait valoir qu'aucun préavis ne lui avait été donné avant que la décision de l'intimé ne soit rendue, ni aucun délai pour se déterminer sur l'expertise du 1^{er} avril 2020 du Centre A._____ a) L'art. 57 a LAI prévoit que l'office AI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée (première phrase). L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA (deuxième phrase). En l'espèce, force est de constater que l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 30 août 2018, sur lequel l'intéressé a eu l'occasion de se déterminer (cf. courrier de l'assuré du 31 octobre 2018). Ce faisant, l'office a donc satisfait à la procédure visée par l'art. 57 a LAI, quoi qu'en dise le recourant. Sous cet angle, le grief formulé n'est donc pas fondé. b) aa) S'agissant du reproche formulé par le recourant quant à l'absence de délai pour se déterminer sur l'expertise du 1^{er} avril 2020, ce grief se rapporte à la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu. Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Les parties doivent ainsi être informées lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'elles ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 132 V 387 consid. 6.2 et les références citées). Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Cette violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la

possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées). bb) En l'espèce, une copie du dossier a été transmise au représentant du recourant par courrier du 6 avril 2020, soit plus d'un mois avant que la décision du 11 mai 2020 ne soit rendue. Il était ainsi tout à fait loisible au conseil de se déterminer ou de demander à le faire. Cela étant, le recourant s'est largement exprimé sur l'expertise pendant la procédure de recours devant la Cour de céans qui jouit d'un plein pouvoir d'examen pour statuer, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 1.3 et la référence citée). Sur ce plan, la violation alléguée du droit d'être entendu doit ainsi être considérée comme guérie devant la présente juridiction et le grief du recourant rejeté.

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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. d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

E. 5

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des

résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). e) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). f) aa) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). bb) 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). cc) 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 citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes

sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

E. 6

A titre liminaire, il convient de traiter le grief du recourant s'agissant des compétences des experts W. _____ et B. _____ qu'il remet en cause du fait de leur formation médicale française. Selon lui, ce cursus n'offrirait pas de formation relative à la notion d'invalidité du droit suisse. En l'occurrence, le Dr W. _____ a obtenu les titres de médecin puis de médecin praticien en France. Ces titres ont tous deux été reconnus en Suisse en 2016 et 2019, selon le Registre des professions médicales. Le Dr B. _____ a quant à lui obtenu le titre de médecin, puis le titre de spécialiste en rhumatologie en France, titres qui ont été reconnus en Suisse en 2016. Leurs compétences professionnelles ont ainsi été reconnues en Suisse, et conformément à la jurisprudence, le seul fait que ces médecins aient effectué leur cursus à l'étranger n'affecte pas la valeur probante de leurs avis, une formation spécialisée pouvant également être effectuée à l'étranger (TF 8C_606/2016 du 13 décembre 2016 consid. 4.3 et les références citées). En outre, ils disposent d'une autorisation de pratiquer en Suisse. Les critiques du recourant sur ce point tombent donc à faux.

E. 7

Ensuite, on constatera que l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 7 avril 2017 par le recourant. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision du 14 mai 2013 entrée en force et la décision litigieuse du 11 mai 2020, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. a) La décision de refus de prestations du 14 mai 2013 s'était notamment fondée sur un rapport final du 22 novembre 2012 et des avis du SMR des 19 octobre 2007 et 9 février 2012 qui concluaient à une capacité de travail dans l'activité habituelle de 30 % et de 100 % dans une activité adaptée depuis le 2 août 2004 avec une baisse de rendement de 10 %, ainsi que sur l'examen clinique rhumato-psychiatrique effectué le 1^{er} octobre 2007 par les Drs Z. _____ et D. _____ qui avaient posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de rachialgies communes (M54.9) et constaté une situation psychosociale difficile (Z60.8). La décision de refus n'a pas fait l'objet d'un recours et elle est entrée en force. b) Le recourant a déposé une seconde demande de prestations le 7 avril 2017 en faisant valoir une aggravation de son état de santé notamment en lien avec des problèmes de dos, d'épaule gauche, aux bras et à la nuque et des migraines. En se basant sur les rapports des Drs R. _____ (cf. rapports des 1^{er} mars, 21 avril et 18 juillet 2017), F. _____ (cf. rapports des 14 et 20 février et 27 avril 2017) et L. _____ (cf. rapports des 28 février et 9 mai 2017), le SMR a conclu que le recourant

présentait une aggravation de son état de santé en lien avec l'atteinte du membre supérieur gauche justifiant des limitations fonctionnelles durables mais sans atteinte incapacitante sur le plan psychique (cf. avis du 16 mai 2018). Suivant l'avis du SMR, l'OAI a rendu un projet de décision le 30 août 2018 dans lequel il a retenu que si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, elle était cependant totale dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 10 % depuis le mois de février 2017. Le recourant a contesté ce projet de décision et a présenté un rapport du Dr L. _____ du 10 octobre 2018 dont le SMR a estimé qu'il n'était pas susceptible de remettre en cause les conclusions de l'OAI (cf. avis du 23 novembre 2018). A la suite des différents rapports produits, notamment ceux du Dr L. _____ du 5 décembre 2018, du Dr T. _____ des 21 décembre 2018 et 18 mars 2019 et de la Dre Y. _____ du 24 juillet 2019, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie (cf. avis du 25 octobre 2019). Les experts du Centre A. _____ ont rendu un rapport le 1^{er} avril 2020 qui a servi de fondement à l'intimé pour rendre sa décision du 11 mai 2020. S'il est constant que le recourant ne dispose plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle depuis le mois de décembre 2016, ce qu'il n'a d'ailleurs pas contesté, il a cependant remis en cause la valeur probante de cette expertise s'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée fixée à 90 % (à savoir 100 % avec une baisse de rendement de 10 %), celle-ci devant être fixée, selon lui, à 50 % maximum. Ainsi, il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Centre A. _____ du 1^{er} avril 2020 à l'égard duquel le recourant a formulé un certain nombre de critiques relatives à des motifs internes à l'expertise. aa) Le recourant a notamment fait valoir que l'expertise comportait de nombreuses erreurs, notamment que la date de son accident n'était pas le 1^{er} juillet 1991 mais le 6 avril 1991, qu'il avait été licencié le 6 mars 2017 avec effet au 6 juin 2017 et non en décembre 2016, qu'une capacité de conduite sur de longues distances avait été retenue à tort ainsi qu'une aide apportée à son père plus étendue qu'elle ne l'était en réalité et qu'enfin il n'avait pas contesté le projet de décision du 30 août 2018 pour des raisons psychologiques mais somatiques. On peut déjà relever le fait que le recourant s'est rendu en voiture aux examens cliniques, soit un trajet de presque une heure sans que cela n'engendre de problème (cf. pp. 11 et 28 de l'expertise). Ensuite, les autres points signalés par le recourant concernent des détails qui ne sont pas susceptibles d'avoir un impact sur le résultat de l'examen, le recourant n'exposant pour le surplus pas en quoi les inexactitudes mentionnées auraient amené les experts à prendre des conclusions erronées sur le plan médical. Aussi, ces critiques ne sauraient remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise du 1^{er} avril 2020 qui satisfait en outre, sur le plan formel, aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur de tels documents, ce que le SMR a du reste constaté dans son avis du 8 mai 2020. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré le recourant et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus du 12 février 2020 en présence de tous les experts qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel ils ont consensuellement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. Les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical du recourant, lequel a été intégralement examiné et complété par des analyses sanguines, dont ils ont joint les résultats à leur rapport. Chaque expertise spécialisée reprend la même structure et contient en premier lieu une anamnèse étendue établie par l'expert sur la base de son entretien avec le recourant qu'ils ont notamment interrogé sur ses antécédents médicaux, ses plaintes et ses habitudes de vie (activités

quotidiennes ou déroulement d'une journée habituelle) (ch. 3). Ils ont ensuite protocolé les constatations faites à l'occasion de leur examen respectif (ch. 4) et posé leurs diagnostics (ch. 6). Ils ont donné leur évaluation de la situation médicale et médicale-assurantielle, incluant une évaluation de la cohérence et de la plausibilité, ainsi qu'une appréciation des capacités, des ressources et des difficultés du recourant (ch. 7) avant de répondre aux questions du mandant (ch. 8). bb) Le recourant a encore fait état d'un manque de motivation de l'expertise, de l'existence d'importantes contradictions et de l'absence d'éléments importants. S'agissant de l'expertise de médecine interne, il a d'abord fait valoir que l'examen clinique avait été réalisé le 5 février 2020, soit après avoir été alité pendant un mois à la suite d'une opération pour des hernies réalisées le 10 janvier 2020. On ne voit pas en quoi cette période d'alitement aurait pu avoir une influence sur l'examen clinique, ce que le recourant n'a par ailleurs pas démontré, se contentant d'indiquer qu'il n'était pas « exclu » que les constatations cliniques aient été influencées par cette période. Ensuite, le recourant a allégué que le Dr W. _____ n'avait pas motivé les raisons pour lesquelles il avait omis de retenir les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire du genou droit, de névralgie cervico-brachiale gauche C8-D1 sur trouble dégénératif, de douleur lombaire sans irradiation sur trouble dégénératif et les douleurs d'épaule gauche sur arthropathie acromio-claviculaire. Or, il faut constater que ces diagnostics ont été retenus par l'expert rhumatologue (cf. p. 30 du rapport d'expertise du 1^{er} avril 2020). Le Dr W. _____ n'ayant posé aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, c'est ainsi à juste titre qu'il a retenu qu'il n'y avait pas de pathologie pouvant retentir sur la capacité de travail et que celle-ci était totale dans tous les types d'activité, hormis lors des opérations de parathyroïde (du 10 au 24 octobre 2011) et d'hernies (du 10 janvier au 4 février 2020). Quant à l'expert rhumatologue, il a retenu les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire du genou droit, de névralgie cervico-brachiale gauche C8-D1 sur trouble dégénératif, de douleur lombaire sans irradiation sur trouble dégénératif et de douleurs d'épaule gauche sur arthropathie acromio-claviculaire. Pour cet expert, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis décembre 2016 et de 90 % dans une activité adaptée dès septembre 2016, à l'exception d'une période allant du 9 mars 2016 (date de l'accident du genou) au 31 août 2016 (six semaines après l'arthroscopie). cc) Le recourant a encore allégué que l'expertise réalisée par l'experte M. _____ ne respectait pas les exigences imposées par la jurisprudence dès lors qu'elle n'utilisait pas la grille normative et structurée de l'ATF 141 V 281 et ne se déterminait pas au moyen des indicateurs déterminants. Il y a cependant lieu de constater que l'experte M. _____ a examiné à satisfaction de droit les indicateurs idoines dans l'expertise. En effet, elle a évalué les évolutions des traitements, des mesures de réadaptation et des chances de guérison, la cohérence et la plausibilité ainsi que les capacités, ressources et difficultés du recourant (p. 14 de l'expertise). Afin d'apprécier la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie, elle a également recueilli le déroulement d'une journée type du recourant et son anamnèse sociale (pp. 10 et 11 de l'expertise). On relèvera ici que le rapport d'expertise de la Dre M. _____ n'est pas remis en cause par les rapports des 24 juillet 2019, 28 février et 23 avril 2020 de la Dre Y. _____. En effet, la Dre Y. _____ a expliqué que le diagnostic de trouble dépressif récurrent qu'elle avait retenu était une conséquence des années de souffrance somatiques, ce que l'experte M. _____ a également relevé en retenant le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte présent sous forme chronicisée depuis 2017 à la suite de l'accumulation de plusieurs problèmes (p.

E. 12

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.