

## **VD\_GERICHTE ZD14.028871 vom 20. Mai 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-05-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD14.028871](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.028871)

FR: VD\_GERICHTE ZD14.028871 du 20 mai 2015

IT: VD\_GERICHTE ZD14.028871 del 20 maggio 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 26 janvier 2010. Dans le cadre de la reprise

- 27 - d'instruction, il a confié à son service médical la réalisation d'un examen rhumatologique et psychiatrique, complété par un nouvel examen rhumatologie à la suite de l'intervention chirurgicale du 30 juin 2011, dont les rapports ont fondé la décision de refus de prestations du 11 juin 2014. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé du recourant, sur les plans somatiques et psychiques, s'est modifié depuis la décision du 28 novembre 2007 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. a) A l'époque de la décision initiale de refus de rente d'invalidité, il a été constaté que le recourant présentait une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, liées aux troubles dégénératifs séquellaires au niveau des épaules, depuis mars 2004 ; dans une telle activité, seuls les douleurs et l'état psychique risquaient d'être un facteur limitant. Il était fait référence à cet égard aux diagnostics de dysthymie résiduelle, de tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs droite et gauche, et de douleurs chroniques des deux épaules, posés à l'issue de l'expertise rhumatologique et psychiatrique à la CRR en janvier 2006. Singulièrement, le Dr H. \_\_\_\_\_ mentionnait une atteinte organique présente de façon indiscutable mais n'expliquant pas l'ensemble du tableau clinique ni les discordances entre les plaintes subjectives et les données objectives tant de l'examen clinique que de l'imagerie ; d'autres facteurs expliquaient probablement ce retentissement, dont le principal était une dysthymie résiduelle correspondant, selon la Dresse J. \_\_\_\_\_, à une limitation médico-théorique de la capacité de travail d'environ 20% dans une activité adaptée. b) La décision litigieuse retient que l'exigibilité d'exercer une activité adaptée et les limitations fonctionnelles demeurent identiques à celles retenues lors de la précédente décision du 28 novembre 2007, référence étant faite à cet égard aux examens cliniques mis en œuvre au SMR en octobre 2010 et août 2012.

- 28 - aa) Sur le plan somatique, le SMR constate, en mars 2010, une péjoration de l'état de santé, révélée cliniquement par une diminution de la mobilité articulaire des deux épaules, radiologiquement par une aggravation des lésions du sus-épineux à gauche. Cette péjoration est reconnue sur la base des rapports rédigés en octobre 2009 par le Dr M. \_\_\_\_\_ et le Prof. N. \_\_\_\_\_. Lors de l'examen rhumatologique d'octobre 2010, il est constaté la présence d'atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire, à l'origine de limitations articulaires au niveau des deux épaules. Par référence à l'IRM d'août 2009, le Dr C. \_\_\_\_\_ retient une déchirure complète du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche, avec amyotrophie sous-jacente ; l'aggravation mise en avant par le médecin traitant s'agissant des articulations scapulo-humérales est dès lors confirmée à gauche. Cependant,

elle n'a pas d'incidence par rapport aux limitations fonctionnelles déjà prises en compte lors de l'expertise de la CRR en 2006 ; corollairement, elle n'a pas d'incidence significative sur la capacité de travail globale de l'assuré. Le bilan radiologique de février 2011 confirme par ailleurs les lésions connues, tant à l'épaule gauche qu'à l'épaule droite, et prises en compte lors de l'examen du 21 octobre 2010. En effet, il révèle une rupture transfixiante du sus-épineux à gauche avec amyotrophie modérée consécutive, tendinopathie déchirure sans rupture du tendon du sus-scapulaire et tendinopathie mineure du sous-épineux (imagerie préopératoire) ; à droite, il met en évidence une tendinopathie sans déchirure significative du sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire sur un status post acromioplastie avec remaniement inflammatoire acromioclaviculaire. Cela étant, le 30 juin 2011, le recourant subit une intervention chirurgicale, consistant en une arthroscopie de l'épaule gauche, ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie, réinsertion des tendons sus-épineux et infra-épineux, et résection du centimètre externe de la clavicule. La description de l'évolution est plutôt favorable, aussi bien sur le plan subjectif qu'objectif. Aux termes de la lettre de sortie du 13 juillet 2011, l'assuré n'a pas présenté de complication particulière et la mobilité

- 29 - de l'épaule gauche était en amélioration. Trois mois et demi après l'intervention, le Dr L.\_\_\_\_\_ mentionne une évolution très satisfaisante selon le patient, tant au niveau des douleurs que des amplitudes articulaires ; l'élévation antérieure était encore limitée à 110° mais représentait un gain de 50° par rapport à la situation préopératoire. A une année de l'intervention, le Dr L.\_\_\_\_\_ fait état d'un patient globalement satisfait, bien que présentant toujours d'importantes douleurs de types mécaniques et météo-dépendantes ; cependant, l'épaule droite est la plus douloureuse. La mobilité active est décrite seulement avec l'élévation antérieure à 50° des deux côtés et le testing des épaules n'a pas été effectué en raison d'une crainte de décompensation de la symptomatologie. L'état de santé étant considéré comme stabilisé, avec une évolution légèrement favorable, la capacité de travail dans toute activité est évaluée comme nulle de manière définitive. Le Dr C.\_\_\_\_\_ procède à un nouvel examen ostéoarticulaire le 15 août 2012, lequel met en évidence une diminution de la mobilité au niveau des articulations scapulo-humérales bilatéralement, pour les mouvements d'antépulsion, abduction et rotation dans un contexte oppositionnel et algique. La mobilité active des épaules ne dépassent pas les 60 à 72° aussi bien à droite qu'à gauche et toute tentative de mobilité passive est bloquée à partir de 90° de façon irréductible. Lors de l'examen du 21 octobre 2010, il était constaté, s'agissant de la mobilité des épaules, une antépulsion spontanée difficile au-delà de 70 à 80° des deux côtés, passive possible jusqu'à 90°, bloquée par des contrepulsions, des attitudes de retrait et des plaintes hyperalgiques. L'examen neurologique d'août 2012 met en évidence une trophicité musculaire conservée et symétrique au niveau des deux membres supérieurs, superposable à celle objectivée lors de l'examen d'octobre 2010. Le Dr C.\_\_\_\_\_ souligne l'absence d'éléments objectifs pouvant étayer la symptomatologie algique intense revendiquée par l'assuré. Au vu des constatations objectives, des documents médicaux à disposition et des différents examens cliniques réalisés ce jour-là, le Dr C.\_\_\_\_\_ considère l'état de santé comme stabilisé et les limitations fonctionnelles sont superposables à celles mises en évidence deux ans plus tôt, lors de l'examen bidisciplinaire d'octobre

- 30 - 2010. Il admet ainsi une impotence fonctionnelle dans les mouvements d'antépulsion ou d'abduction au-delà de 90°, les mouvements en rotations interne-externe au niveau des deux épaules, sans port de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétitive au niveau des

membres supérieurs, et dans les mouvements au-delà de 30° d'antépulsion de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 60° au niveau des deux membres supérieurs. Toute activité respectant les limitations précitées est dès lors possible sur le plan médico-théorique à un taux de 80% (capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%) ; l'ancienne activité de chauffeur poids lourds, apparaissant peu compatible avec les limitations énoncées, n'est plus exigible. Une incapacité totale de travail est par ailleurs reconnue pour une durée de six mois au maximum, à la suite de l'intervention subie le 30 juin 2011. bb) Les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_ emportent conviction dès lors qu'elles reposent sur un examen clinique de l'assuré, une étude circonstanciée du dossier – notamment des documents médicaux ultérieurs à l'examen bidisciplinaire du 21 octobre 2010 –, une anamnèse détaillée, sont claires et dûment motivées ; elles complètent en outre celles du premier examen réalisé au SMR en octobre 2010. Le Dr C.\_\_\_\_\_ tient compte des plaintes du recourant, soulignant par ailleurs l'absence d'éléments objectifs pouvant étayer la symptomatologie algique intense revendiquée par l'assuré. Dans l'anamnèse, il mentionne que « globalement, les plaintes évoquées actuellement sont superposables aux plaintes évoquées lors de l'examen d'octobre 2010 : une symptomatologie douloureuse constante, centrée sur les 2 épaules surtout exacerbée par toute forme d'activité physique à l'origine d'une impotence et du handicap total selon ses dires ». En octobre 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ relevait notamment que la vive symptomatologie douloureuse exprimée par l'assuré n'avait pas d'explication cohérente ; en janvier 2006, l'expert H.\_\_\_\_\_ faisait également état d'une nette discordance entre les données objectives (radiologiques et cliniques) et les plaintes de l'assuré.

- 31 - Le rapport du 12 juin 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, qui estime que le recourant ne peut plus travailler, ne permet pas de jeter le doute sur les conclusions de l'examen du Dr C.\_\_\_\_\_. Sur des bases relativement succinctes, et sans examens physiques plus étoffés, on ne peut, à l'instar du SMR, être convaincu d'une aggravation de l'épaule droite. De même, l'évolution retenue par le Dr L.\_\_\_\_\_ est surprenante dans la mesure où l'épaule gauche, tant sur le plan radiologique que clinique, semble en amélioration. Quant aux rapports du Dr M.\_\_\_\_\_ et du Prof. N.\_\_\_\_\_, établis en octobre 2009, s'ils sont à l'origine de la reconnaissance d'une aggravation de l'état de santé physique du recourant, ils ne se prononcent pas sur l'exigibilité d'exercer une activité adaptée. Le rapport du 27 avril 2010 Dr G.\_\_\_\_\_, qui estime que le recourant ne peut plus travailler, ne permet également pas de jeter le doute sur les conclusions retenues par les examinateurs du SMR. Le diagnostic de scapulo-brachialgies chroniques bilatérales a été reconnu par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans le cadre de ses examens cliniques. Les autres atteintes à la santé revendiquées à l'origine d'une aggravation de l'état de santé, soit les cervicalgies et la gonarthrose mises en évidence par IRM en mars 2005 respectivement mars 2006, sont antérieures à l'expertise de la CRR, de sorte qu'il ne s'agit pas de nouvelles atteintes. La conclusion – succincte – quant à l'incapacité de travail totale apparaît comme le fait d'une appréciation différente, vraisemblablement plus empathique, d'une situation médicale identique. La jurisprudence énonce à cet égard que les rapports établis par le médecin traitant doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Il appert ainsi que si l'ancienne activité de chauffeur poids lourd n'est plus exigible de l'assuré, une activité respectueuse des limitations fonctionnelles somatiques, découlant des troubles dégénératifs séquellaires au niveau des deux épaules, paraît exigible depuis mars 2004. L'aggravation reconnue au niveau de

l'épaule gauche n'engendre

- 32 - aucune autre influence sur la capacité de travail du recourant que celle reconnue en mars 2006, ou avant l'intervention du 30 juin 2011. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter, sur ce point, des conclusions de l'examen rhumatologique du 15 août 2012, dont le rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante et qu'aucun élément médical nouveau, susceptible de mettre en doute ses conclusions, n'a été apporté depuis lors. En effet, le recourant se contente de produire les avis des Drs M. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, datés respectivement d'octobre 2009 et juin 2012. cc) Le rapport d'évaluation du 14 janvier 2014, faisant suite aux mesures d'ordre professionnel accordées par l'OAI, ne permet au demeurant pas de mettre en doute les données médicales émanant du SMR, comme le soutient le recourant. Il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celles-ci. Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas ; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Les informations recueillies par les organes d'observation professionnelle ont cependant pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement la mesure dans laquelle l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014, consid. 5.2.1 ; 9C\_83/2013 et 9C\_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2). En l'espèce, l'appréciation de la capacité de travail donnée par le SMR et celle des responsables de l'observation professionnelle à l'Atelier I. \_\_\_\_\_ divergent sensiblement. Même si ces derniers ont proposé des tâches adaptées, ne nécessitant pas de force et peu d'amplitude, leur constat a été que les douleurs augmentaient très

- 33 - rapidement et mettaient le recourant dans l'impossibilité de poursuivre une activité. Ils se fondent dès lors essentiellement sur les douleurs ressenties par l'assuré. Précédemment, dans le cadre de l'examen de la première demande de prestations, le groupe d'observation du COPAI avait fait part d'un stage émaillé de nombreuses plaintes douloureuses et d'un comportement douloureux inadapté, même dans les activités ne sollicitant pas les épaules. Les diverses plaintes n'étaient pas en cohérence avec les limitations observées ; elles restaient les mêmes alors que les sollicitations étaient différentes. Le COPAI avait relevé qu'un travail allégé ne sollicitant pas de mouvements en amplitude ou contre le haut avec les bras devait être à même de permettre à l'assuré de retrouver une capacité de travail. Le comportement démonstratif avait par ailleurs été relevé lors d'un deuxième stage d'observation en mars 2007. L'appréciation médicale doit ainsi l'emporter sur les conclusions des responsables du stage mis en œuvre à l'Atelier I. \_\_\_\_\_ en janvier 2014 ; ces derniers ne se prononcent que sur les données subjectives, sans faire état des limitations objectives, contrairement à ce qui avait été le cas lors du stage au COPAI. dd) Le recourant soutient par ailleurs que son âge (né en 1966) et l'absence de formation professionnelle empêchent sa flexibilité sur le marché du travail. L'absence d'une occupation lucrative pour des raisons étrangères à l'invalidité ne peut donner droit à une rente. Si un assuré ne trouve pas un travail approprié en raison de son âge, d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques à se faire comprendre (ou à comprendre les autres), l'assurance-invalidité n'a pas à en répondre (ATF 107 V 17 consid.

2c). S'il est vrai que de tels facteurs – étrangers à l'invalidité – jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à

- 34 - part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2) ee) En définitive, au plan somatique, il y a lieu d'admettre que les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_ emportent conviction ; aucune péjoration de l'atteinte à la santé somatique avec répercussion sur la capacité de travail n'est mise en évidence, excepté les six mois reconnus par le SMR à la suite de l'intervention chirurgicale du 30 juin 2011, mais inférieurs à la période d'une année nécessaire pour ouvrir le droit à la rente (cf. consid. 3a supra). c) Cela étant, il convient d'examiner s'il existe un trouble psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou – comme condition alternative – qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence). aa) Sur la base de son observation clinique, la Dresse U. \_\_\_\_\_ retient les diagnostics de dysthymie d'intensité légère et de

- 35 - majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ce dernier n'étant pas mentionné dans l'évaluation psychiatrique de la CRR en 2006. Pro memoria, lors de son expertise, la Dresse J. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de dysthymie résiduelle, responsable d'une limitation médico- théorique de la capacité de travail d'environ 20% dans toute activité adaptée. Elle exposait que depuis le début de l'année 2004, la situation avait évolué anamnestiquement avec disparition des angoisses, des idées noires, amélioration de la thymie, diminution de l'irritabilité, reprise de certaines initiatives concernant les soins personnels, voire l'existence quotidienne ; le tableau actuel correspondait de ce fait à une dysthymie. A l'examen clinique, la Dresse U. \_\_\_\_\_ n'a pas constaté de trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni de ralentissement psychomoteur. Elle n'a pas objectivé d'angoisses persistantes ni attaques de panique, ni signes florides en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Le recourant ne présente pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de diminution de plaisir et ne verbalise pas d'idées suicidaires. Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotique, notamment délires, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique. L'état présenté par l'assuré correspond à ce que le code diagnostique décrit sous forme de dysthymie, savoir des fluctuations d'humeur avec périodes de dépressions mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif proprement dit. La Dresse T. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, pose quant à

elle le diagnostic de troubles de l'humeur persistants. L'annexe au rapport de l'OAI démontre peu d'altération des fonctions cognitives, la capacité de compréhension, les capacités mnésiques, d'organisation et de planification ainsi que l'orientation dans le temps et dans l'espace ou par rapport à soi-même n'étant pas limitées ; une limitation de la capacité de concentration et d'adaptation aux changements avec psychorigidité est mentionnée. Dans son avis du 19 février 2013, le SMR considère que le diagnostic de troubles de l'humeur persistants (F 34) ne s'écarte pas du diagnostic de dysthymie (F 34.1) posé lors de l'examen bidisciplinaire du 21 octobre

- 36 - 2010, de sorte qu'il n'existe pas, sur le plan psychiatrique, de fait nouveau. Cela étant, l'assuré présente une amplification verbale de ses plaintes somatiques, accompagnée d'un sentiment de détresse, les symptômes mis en avant conduisant au diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La Dresse U. \_\_\_\_\_ relève à cet égard que la Dresse J. \_\_\_\_\_, sans poser le diagnostic précité, mentionnait toutefois que l'atteinte organique, présente de façon indiscutable, n'expliquait pas l'ensemble du tableau clinique et les discordances entre les plaintes subjectives de l'assuré et les données objectives ; d'autres facteurs expliquaient ce retentissement, dont le principal reconnu était la dysthymie résiduelle. La Dresse U. \_\_\_\_\_ conclut que la situation est stationnaire depuis l'expertise effectuée en 2006, constat que l'on peut suivre eu égard au contenu de son rapport. S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, il est réfuté par la Dresse U. \_\_\_\_\_ dans le cadre de son examen ; elle se prononce sur les critères jurisprudentiels dégagés par le Tribunal fédéral pour apprécier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. bb) Au cours de ces dernières années, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier – sur le plan médical et juridique – le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 131 V 50). Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La Haute Cour a

- 37 - toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (« critères de Foerster »). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1, 132 V 65 consid. 4.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite de la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères

se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 arrêt du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et la référence citée). Enfin, on conclura 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 (par exemple une discordance entre les douleurs décrites 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 ; ATF 131 V 49).

- 38 - Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/06 du 31 janvier 2007 et la jurisprudence citée). cc) Comme on l'a vu au consid. 6 c) aa) ci-dessus, la Dresse U. \_\_\_\_\_ retient le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, lequel n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Ce diagnostic ne saurait être accompagné d'une comorbidité psychiatrique importante, dans la mesure où seule est retenue une dysthymie légère. Les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ne sont pas non plus réalisés. On ne voit pas que le recourant réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Si l'assuré présente certes une affection corporelle chronique, sa capacité de travail est toutefois complète dans une activité adaptée (capacité de travail de 100% avec diminution de rendement de 20%), depuis mars 2004, une incapacité de travail totale n'étant par ailleurs retenue à la suite de l'intervention du 30 juin 2011 que pour une durée maximum de six mois. Par ailleurs, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ; la Dresse U. \_\_\_\_\_ constate notamment l'absence de perturbation de l'environnement psychosocial, qualifié de normal, et relate que le recourant sort pendant la matinée acheter du pain, rencontre des amis, et se promène seul ou avec son épouse. On ne voit pas non plus au dossier l'existence, chez le recourant, d'un état psychique cristallisé ou d'un profit primaire tiré de la maladie. Il n'apparaît pas non plus d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, étant rappelé qu'une description d'évolution

- 39 - plutôt favorable, tant sur le plan subjectif qu'objectif, a été faite à la suite de l'intervention du 30 juin 2011, les précédentes interventions chirurgicales ayant eu lieu antérieurement à l'expertise réalisée en 2006 à la CRR. Par ailleurs, la Dresse T. \_\_\_\_\_ mentionne la prescription de Xanas, recommande l'introduction d'un traitement antidépresseur et ne donne aucune explication quant au suivi psychiatrique, particulièrement sa fréquence, depuis la reprise du traitement en mai 2012. Il y a en outre lieu de rappeler que lors de l'expertise de mars 2006 à la CRR, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux n'avait pas été retenu en l'absence de tous les critères nécessaires. Le rapport de la Dresse T. \_\_\_\_\_, laquelle conclut à une incapacité de travail totale, n'est pas de nature à mettre en doute les conclusions de la Dresse U. \_\_\_\_\_. La psychiatrique

pose le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant, dont l'existence remonte, selon elle, à 2009. Elle énonce une péjoration de l'état psychique depuis mai 2012, avec une tristesse accrue, une irritabilité, une nervosité, un sentiment de culpabilité et des ruminations à propos du passé avec un sentiment d'insuffisance. La Dresse T. \_\_\_\_\_ ne dit rien sur les raisons qui l'amène à s'écarter de l'avis de la Dresse U. \_\_\_\_\_ ; elle n'explique pas pourquoi, dans le cas présent, il convient de considérer le trouble de l'humeur persistant comme une comorbidité psychiatrique significative, incapacitante en soi. A contrario, la Dresse U. \_\_\_\_\_ souligne que la dysthymie légère ne présente pas une sévérité suffisante pour retenir un trouble dépressif récurrent. Alors que la Dresse T. \_\_\_\_\_ mentionne l'apparition de troubles psychiques invalidants depuis 2009, la Dresse U. \_\_\_\_\_ n'a constaté aucune symptomatologie dépressive lors de l'examen psychiatrique en octobre 2010. Les raisons pour lesquelles la Dresse U. \_\_\_\_\_ écarte le diagnostic de trouble somatoforme douloureux fait l'objet d'une démonstration convaincante ; le rapport de la Dresse T. \_\_\_\_\_ ne fait pas apparaître d'élément objectivement vérifiable qui n'aurait pas été pris en compte par la Dresse U. \_\_\_\_\_ ou qui serait survenu après son examen. De surcroît, le recourant énonce, dans son acte de recours, que quatre critères jurisprudentiels sont réalisés pour

- 40 - reconnaître l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, sans apporter la moindre motivation à ce sujet. Partant, on retiendra que le recourant présente, sur le plan psychique, un tableau dysthymique correspondant à une limitation médico-théorique de la capacité de travail de 20% dans une activité adaptée. Il ne se justifie dès lors pas de s'écarter des conclusions, claires et dûment motivées, émises par les médecins examinateurs du SMR. d) Au vu des considérants qui précèdent, il a lieu de retenir, à l'instar de l'intimé, que le recourant présente une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, énoncées dans le rapport d'examen clinique du 2 décembre 2010. Sur le plan somatique, aucune aggravation de l'état de santé du recourant depuis 2004 n'a été objectivement mise en évidence, si ce n'est une incapacité totale de travailler reconnue pour une période maximum de six mois après l'intervention du 30 juin 2011, soit inférieure à une année (art. 28 al. 1 LAI). Sur le plan psychique, s'il a été fait mention de nouveaux symptômes, ces derniers ne donnent pas lieu à retenir une atteinte à la santé invalidante. Partant, entre la décision initiale du 28 novembre 2007 et la décision litigieuse du 11 juin 2014, il n'apparaît aucune aggravation importante de l'état de santé du recourant de nature à influencer négativement sa capacité de travail. e) Il n'y a dès lors pas lieu de se prononcer plus avant sur le droit à des mesures de réinsertion (art. 14a LAI), telles que sollicitées, à titre subsidiaire, par le recourant au terme de l'écriture adressée céans. D'ailleurs, les mesures de réinsertion n'entrent pas dans la définition de l'art. 17 LAI (« reclassement professionnel ») (OFAS [Office fédéral des assurances sociales], Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP], état au 1er janvier 2015, ch. 4009) et ne font dès lors pas l'objet de la présente contestation. De surcroît, l'OAI a précédemment pris en charge, par communication du 5 décembre 2013, un entraînement à l'endurance en janvier 2014 ; son

- 41 - interruption n'a par ailleurs pas donné lieu à une appréciation médicale différente.

## **E. 6**

L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, tant sur le plan somatique que psychique, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet,

l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'une « analyse complète physico- psychique » tel que demandée par le recourant.

#### **E. 7**

a) En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci, arrêtés à 400 fr., doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA- VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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