

## **VD\_GERICHTE ZD15.016112 vom 29. September 2022**

VD Tribunal cantonal, 2022-09-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD15.016112](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.016112)

FR: VD\_GERICHTE ZD15.016112 du 29 septembre 2022

IT: VD\_GERICHTE ZD15.016112 del 29 settembre 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 25**

août 2014 ne remplissait pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir

- 40 - conférer pleine valeur probante, le magistrat instructeur a diligenté une nouvelle expertise judiciaire qu'il a derechef confiée aux Drs L. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ afin qu'ils fassent « le point sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant, ce que lesdits experts paraissent les mieux à même d'effectuer, ceci dans le prolongement des examens cliniques qu'ils ont déjà effectués » (ordonnance du 2 novembre 2016). b) Les Drs L. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ ont déposé leurs rapports respectifs en date des 12 avril et 13 novembre 2017. aa) Sous l'angle somatique, le Dr L. \_\_\_\_\_ a relevé que le recourant présentait des douleurs chroniques à la suite d'un accident de la circulation survenu le 7 septembre 2006. Il se plaignait de douleurs au niveau de son membre supérieur droit, tant au niveau du coude qu'au niveau du poignet droit. Il faisait aussi état de cervicalgies chroniques ainsi que de douleurs au niveau de la hanche droite, se traduisant par une importante boiterie. Des gonalgies bilatérales étaient également présentes. Concernant l'examen clinique, l'expert s'est trouvé confronté à un patient qui se limitait par de l'appréhension. En langage médical, celle-ci était désignée par le terme « kinésiophobie », ce qui signifiait une peur du mouvement, voire une peur de ce que le mouvement pourrait occasionner comme douleur. Cette crainte a fait l'objet d'une évaluation au moyen de deux auto-questionnaires (le « Tampa kinesiphobia questionnaire » (TKP) et le questionnaire d'appréhension et d'évitement de Waddell « Fear avoidance questionnaire »), lesquels se sont tous deux révélés « fortement pathologiques ». De même, l'expert s'est dit frappé par une importante boiterie se traduisant par l'utilisation d'une canne et une grande difficulté à effectuer les tests fonctionnels en déplacement. A cet égard, les limitations importantes lors des déplacements démontrées par le recourant avaient rendu plutôt incomplète l'évaluation des capacités fonctionnelles. En ce qui concernait les membres supérieurs, les forces de préhension au niveau des mains s'étaient avérées très faibles. De plus, il apparaissait que l'intéressé n'allait pas au bout de ses capacités physiques par peur de la douleur. En l'occurrence, la mesure de l'intensité de la douleur s'appuyait sur l'échelle EVA (échelle visuelle analogique) et

- 41 - sur les aspects cognitifs associés au sentiment de détresse ainsi que les stratégies que l'assuré aurait pu développer pour éviter la situation douloureuse. Ces échelles montraient de fortes limitations. Quant au questionnaire PACT, il s'agissait d'un questionnaire d'évaluation du handicap fonctionnel perçu dans les activités professionnelles et quotidiennes, lequel avait mis en évidence une forte incapacité fonctionnelle. L'expert inférait de l'examen clinique et des tests effectués une extension des plaintes avec des limitations fonctionnelles plus importantes qu'en 2011. Il a ainsi retenu une péjoration de la situation en 2017 par rapport à celle prévalant en 2011 marquée par un important

déconditionnement tant musculaire que psychique, avec d'importantes appréhensions ancrées dans une situation présentant une forte chronicité. Selon lui, il n'existait pas de sanction chirurgicale susceptible de l'améliorer dans la mesure où le caractère chronique de la situation médicale du recourant avait entraîné un épuisement de ses ressources spontanées. En présence d'un syndrome douloureux chronique, la seule approche envisageable serait un séjour au sein d'un centre spécialisé dans ce type de pathologies. En ce qui concernait la médication antalgique, le Targin n'était pris que de manière irrégulière en raison de la fatigue et des troubles de la concentration qu'il pouvait occasionner. Même si le Sirdalud était susceptible de produire les mêmes effets, l'assuré en prenait régulièrement afin de se soulager. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'expert L. \_\_\_\_\_ estimait que, dans une activité en position assise, le recourant disposait d'une capacité de travail de 50 %. Ce taux devait tenir compte de l'importante diminution de rendement due à la lenteur dans les déplacements et à la faiblesse globale dans l'exécution des gestes. bb) aaa) Sous l'angle psychique, le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics – affectant la capacité de travail – de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Au jour de l'expertise, il a indiqué que l'assuré présentait toujours, d'une part, une symptomatologie douloureuse multiple et, d'autre part, une symptomatologie anxieuse et dépressive chronique et fluctuante. Les diagnostics retenus en 2011 demeuraient valides à l'heure actuelle. S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant,

- 42 - l'expert a noté qu'une composante traumatique était relevée dès 2007, sans toutefois que celle-ci ne remplisse formellement les critères pour retenir un diagnostic d'état de stress post-traumatique au sens de la CIM- 10. L'accident de septembre 2006 était survenu à un moment où, peut-être pour la première fois de sa vie, l'assuré avait le sentiment d'avoir pu prendre sa vie et son destin en mains. A la suite de son mariage, sa situation en Suisse s'était régularisée, il avait trouvé deux emplois qui lui permettraient de rembourser les dettes contractées tout en envisageant de déménager dans un appartement plus grand pour fonder un foyer. Les démarches qu'il effectuait actuellement en vue de modifier son patronyme attestaient de la persistance de cette problématique. Dans son rapport de 2011, l'expert avait déjà évoqué cette fragilité psychique antérieure à l'accident mais révélée par ce dernier. L'ensemble de ces éléments le conduisait à retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sans toutefois qu'il n'ait relevé l'apparition de nouvelles pathologies psychiatriques dans l'intervalle. bbb) Lors de son examen clinique, l'expert a constaté que l'assuré était orienté, ne présentait pas de troubles de la vigilance et maintenait le focus d'attention dans le cadre de l'examen sans qu'il n'ait décelé de signes d'imprégnation à des substances psycho-actives. Le discours était informatif, clair et l'intéressé répondait sans détour, par moments de manière légèrement logorrhéique aux questions qui lui étaient posées. Il n'y avait pas de troubles du cours de la pensée ni d'altération du contenu du discours. Il n'y avait pas non plus d'idées délirantes ou d'autres signes du registre psychotique, notamment pas d'hallucinations ni de trouble du moi. Cela étant, l'assuré décrivait un quotidien rythmé par les besoins de sa fille (née en 2016), auxquels lui et sa compagne tentaient de faire face. Il décrivait un accroissement de la fatigue et des douleurs en lien avec les perturbations du sommeil consécutives au fait que sa fille ne faisait pas encore ses nuits. Il disait être limité au quotidien par les douleurs, peinant parfois à soulever sa fille pour la prendre dans ses bras en raison de ces dernières. L'expert n'a pas relevé de divergences entre les activités décrites dans le quotidien et les observations effectuées lors des entretiens. Il a certes noté une tendance

- 43 - à la théâtralisation durant ces derniers, laquelle pouvait cependant être comprise comme la manière de l'assuré de faire comprendre à son interlocuteur l'intensité des douleurs ressenties et le vécu des limitations fonctionnelles. Pour autant, il ne s'agissait ni de simulation ni de majoration des symptômes. Les perspectives de mobilisation actuelle des ressources psychiques et physiques paraissaient très faibles au vu de la chronicisation de la situation. Si, en dépit de quelques aspects théâtralisés, l'assuré s'était montré coopératif au cours des thérapies suivies, il apparaissait que les tentatives de prise en charge antérieures avaient montré des résultats décevants, malgré des propositions adaptées. L'abord psychothérapeutique paraissait très limité compte tenu du fonctionnement psychique du patient, les traitements pharmacologiques n'ayant au demeurant pas conduit à une réduction sensible de la symptomatologie. De plus, la rigidification des mécanismes psychiques observée chez l'assuré limitait de manière significative ses aptitudes à suivre une psychothérapie. L'abandon de la prise en charge psychiatrique a ainsi été consécutif à l'absence de modification symptomatique. Fort de ces éléments, l'expert a jugé que les possibilités thérapeutiques paraissaient épuisées. ccc) Le Dr E. \_\_\_\_\_ a relevé que, dans leur rapport du 25 août 2014, les Drs W. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ avaient indiqué ce qui suit : « Notre constat clinique s'avère donc identique à celui du Docteur E. \_\_\_\_\_ mais, même si nous nous montrons pessimistes quant au pronostic, les critères de sévérité appliqués au syndrome douloureux présenté par l'assuré ne permettent pas de retenir un caractère invalidant à celui-ci. » Au fil des années s'est posée – de manière constante – la question de la nature des empêchements rencontrés par l'assuré pour reprendre l'exercice d'une activité professionnelle. Si les facteurs de nature ostéo-articulaire jouaient un rôle, ainsi que le soulignait le Dr L. \_\_\_\_\_, l'évaluation des douleurs et de leur impact fonctionnel se révélait complexe et reposait, ainsi que le démontrait l'expert somaticien, sur différents éléments. Aussi, du point de vue strictement psychique, le Dr E. \_\_\_\_\_ était-il d'avis que la composante kinésiophobique, mise en évidence par le Dr L. \_\_\_\_\_, devait être prise en considération à un

- 44 - double titre. D'une part, parce qu'elle impliquait, en elle-même, une limitation durable des possibilités d'évolution favorable ; en effet, la crainte de la survenue de la douleur devenait souvent dans ces situations autant voire davantage que la douleur elle-même le facteur qui conduisait à des comportements d'évitement, notamment à une restriction des mouvements et, par là-même, à une cristallisation de la situation. D'autre part, elle était souvent une des formes d'expression de la dimension du traumatisme psychique vécu par la personne. Une caractéristique consécutive du traumatisme psychique était que l'événement en cause ne parvenait pas à être métabolisé au fil du temps. Il s'imposait à la personne avec une actualité que le cours des ans ne parvenait pas à effacer. Cette dimension, quand bien même elle n'atteignait pas le seuil diagnostique pour retenir un état de stress post-traumatique au sens de la CIM-10, n'en était pas moins présente chez l'assuré et représentait, de l'avis de l'expert, un facteur permettant de rendre compte de la cristallisation importante et de la chronification de la situation sur le plan psychique. Les perspectives de modification de ce type de mécanismes sur le plan thérapeutique étaient très faibles, voire inexistantes, après quelques années d'évolution, que cela soit par des moyens pharmacologiques ou par des moyens psychothérapeutiques. Ainsi, le Dr E. \_\_\_\_\_ ne pouvait que confirmer ce qui lui apparaissait déjà comme pertinent en 2011, à savoir que du point de vue pronostique, les perspectives n'étaient pas favorables. En résumé, l'évolution actuelle de l'assuré sur le plan psychique ne montrait pas d'aggravation symptomatique manifeste mais une poursuite des mécanismes inadaptatifs et rigides s'exprimant au travers

des douleurs et des symptômes anxio-dépressifs. Cette évolution, plus de dix ans après l'accident, paraissait aux yeux de l'expert, peu susceptible de modifications dans un sens favorable. En termes de capacité de travail, le Dr E. \_\_\_\_\_ s'est référé, s'agissant des aspects somatiques, à l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_, lequel a estimé l'exigibilité à 50 %. Cela étant, en tenant compte des facteurs limitatifs sur le plan psychique, la capacité résiduelle globale dans toute activité impliquant une exigence de rendement n'excédait pas 20 % alors qu'elle était nulle dans la profession habituelle.

- 45 - cc) Sur le plan formel, l'expertise des Drs L. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Elle est en effet le fruit d'investigations complètes, dans les règles de l'art, par deux spécialistes, reconnus et qui ont eu à apprécier le cas de l'assuré sur une longue période et en connaissance de cause. Les examens cliniques sont complets, les diagnostics dûment étayés, et l'appréciation des atteintes et de la capacité de travail résiduelle clairement et dûment motivée. Leur appréciation du cas est nuancée, effectuée par spécialité et avec une approche globale en consilium. c) L'intimé oppose à l'expertise des Drs L. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ l'avis établi par le SMR le 25 janvier 2018, étant précisé que l'avis du 14 novembre 2021 n'est d'aucun secours à l'intimé puisqu'il se rapporte aux pièces produites dans le cadre du litige opposant le recourant à la CNA. aa) S'agissant de l'aspect somatique, le SMR regrette que les diagnostics n'aient pas été posés en référence à la CIM-10. A cet égard, on relèvera qu'il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'un assuré (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Dans la mesure où il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (ATF 140 V 193 consid. 3.2), on ne voit pas en quoi la référence à une classification internationale revête une quelconque utilité pour apprécier le caractère invalidant – ou non – des diagnostics posés. Pour le reste, l'intimé ne peut rien tirer en sa faveur de

- 46 - l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 5 décembre 2017 en la cause 8C\_197/2017 ayant opposé le recourant à la CNA dès lors que l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ avait alors été jugée insuffisante pour des motifs relevant du droit de l'assurance-accidents, lesquels sont sans pertinence en matière d'assurance-invalidité. bb) S'agissant de l'aspect psychique, le rapport d'expertise du 13 novembre 2017 du Dr E. \_\_\_\_\_ contient les éléments nécessaires à l'administration ou au juge au regard de la procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281. Ce médecin a tout d'abord fait état d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 selon CIM-10), ainsi que d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2 selon CIM-10), en motivant ces diagnostics en fonction des éléments cliniques qu'il a mis en évidence. Pour apprécier le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique présentées par l'assuré, il a procédé à un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, notamment des limitations fonctionnelles et des ressources de l'intéressé, de même que de la présence d'une kinésiophobie (il a notamment insisté sur la

limitation durable des possibilités d'évolution qu'elle impliquait et sur le fait qu'elle représentait une des formes d'expression de la dimension du traumatisme psychique vécu par l'assuré). Au titre de la cohérence, il a mis en évidence l'absence de divergences entre les activités décrites dans le quotidien et ses constatations lors des entretiens, quand bien même il a relevé une tendance à la théâtralisation. Il a ajouté que les facteurs de précarité sociale ne jouaient pas un rôle déterminant dans la limitation de la capacité de travail, les ressources étant quoi qu'il en soit très faibles au vu de la chronicisation de la situation. Enfin, il convient de relever que le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art est en principe considéré comme un indice sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. A l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce

- 47 - (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 et les références). Dans son rapport du 13 novembre 2017, le Dr L. \_\_\_\_\_ mentionne certes divers éléments pouvant être interprétés comme un manque de collaboration de la part du recourant ou considérés comme autant d'indices atténuant le caractère de gravité des diagnostics retenus (abandon de la prise en charge psychiatrique, résultats décevants des thérapies entreprises). Cependant, il apparaît également à la lecture du rapport d'expertise que le fonctionnement psychique a joué un rôle non négligeable dans l'entrave du bon déroulement et du succès des traitements, influençant de manière significative la volonté de l'assuré. Au regard des mécanismes inadaptatifs et rigides de ce dernier, l'expert n'a certes pas retenu une aggravation de la situation mais s'est montré, pour le moins, peu optimiste quant à une évolution dans un sens favorable. Dans ces circonstances, le refus du recourant de se soumettre à des traitements appropriés ou l'échec des traitements entrepris ne sauraient être considérés comme un indice du peu de gravité du diagnostic retenu. Au contraire, les conclusions de l'expert à cet égard – qui montre la complexité d'une situation pour laquelle aucune évolution favorable n'est attendue – justifient de retenir des indicateurs en faveur du degré de gravité des atteintes psychiques. d) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir une incapacité de travail totale dans l'activité antérieure, ainsi qu'une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, de 50 % sur le plan somatique, mais n'excédant pas 20 % sur le plan psychique, respectivement global. Le droit à une rente entière doit dès lors être reconnu. 7. S'agissant du début du droit à la rente d'invalidité (cf. art. 28 et 29 LAI et considérants 3b et 3c ci-dessus), il y a lieu d'observer que la nouvelle demande du 10 octobre 2011 est intervenue, en raison de la même problématique médicale, dans les trois ans suivant la dernière décision mettant fin à des prestations allouées pour une durée limitée dans le temps datée du 26 novembre 2008. L'on est ainsi dans le cas d'application de l'art. 29bis RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) traitant de la reprise de l'invalidité due

- 48 - à une incapacité de travail de même origine. Il n'y a donc pas de délai d'attente d'une année, celui-ci étant déduit au regard de la première demande (du 8 août 2007). En revanche, le délai de carence de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI reste applicable quant à la naissance du droit. La rente entière est ainsi due à compter du sixième mois après le dépôt de la demande de prestations intervenu au 10 octobre 2011, soit dès le 10 avril 2012, reporté au 1er avril 2012 (art. 29 al. 3 LAI). 8. En définitive, le recours doit être admis et la décision

attaquée réformée, en ce sens que S. \_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 2012. 9. a) 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 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 11 TFJDA (tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs. En l'espèce, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 3'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé. c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 - 49 - décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Nordmann a produit le 7 juin 2022 le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Pour les années 2015 à 2017, il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 27 heures et 15 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un montant s'élevant à 4'905 fr. auquel il y a lieu d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 8 %, soit un montant de 5'562 fr. 27. Pour les années 2018 à 2022, il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 9 heures et 24 minutes au tarif horaire de 180 fr., soit un montant s'élevant à 1'692 fr. auquel il y a lieu d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe et la TVA au taux de 7,7 %, soit un montant de 1'913 fr. 39. L'indemnité totale sera donc arrêtée à 7'475 fr. 65 (montant arrondi). Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 3'975 fr. 65 est provisoirement supporté par l'Etat (cf. art. 122 al. 2 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 4'015 fr. 45 dès qu'il sera en mesure de le faire

- 50 - en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes d'en fixer les modalités, en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure (art. 5 RAJ).