

## **VD\_GERICHTE ZD16.043067 vom 7. Juni 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-06-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.043067](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.043067)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.043067 du 7 juin 2016

IT: VD\_GERICHTE ZD16.043067 del 7 giugno 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

En l'occurrence, à l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a mis en avant l'échec des mesures de placement. Il s'est également prévalu de la cure de hernie discale, ainsi que de plusieurs nouveaux diagnostics psychiatriques posés par la Dresse B. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 juin 2012, en particulier un trouble somatoforme douloureux invalidant. L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente – soit la décision du 22 octobre 2010 – et la décision litigieuse du 30 août 2016, l'état de santé du recourant s'est modifié dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. L'OAI a mis en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, réalisée par les Drs J. \_\_\_\_\_, Q. \_\_\_\_\_ et CC. \_\_\_\_\_ du H. \_\_\_\_\_, qui ont rendu leur rapport le 28 janvier 2016. a) Sur le plan rhumatologique et de médecine interne, les experts susmentionnés ont notamment posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome fonctionnel du membre supérieur droit in status post-fixation du trochiter pour une fracture-luxation antéro- inférieure de l'épaule droite et status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse. Or l'atteinte au niveau du membre supérieur droit n'est

- 26 - pas nouvelle et était déjà connue de l'intimé lorsqu'il a rendu la décision du 22 octobre 2010. En effet, cette atteinte a été prise en compte par les Drs K. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ du S. \_\_\_\_\_ lorsqu'ils ont déterminé les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant dans leur rapport d'expertise du 4 mai 2009, sur lequel s'est notamment fondé l'intimé pour rendre la décision d'octobre 2010. Les experts du S. \_\_\_\_\_ ont en particulier noté que l'intéressé avait déclaré ne plus pouvoir bouger son membre supérieur droit depuis l'accident du 2 décembre 2005. L'examen clinique était impossible à faire car l'expertisé retenait volontairement tous les mouvements. Il n'y avait pas d'amyotrophie, ni de changement de température, ni de transpiration, ni de perte de pilosité du membre supérieur droit. Les experts du S. \_\_\_\_\_ ont ainsi conclu que le recourant pensait ne plus pouvoir bouger son membre supérieur droit pour une raison probablement d'origine psychiatrique, précisant que l'omarthrose avancée expliquait une partie des plaintes du patient et une partie des limitations des amplitudes articulaires. Mais cette atteinte ne pouvait pas expliquer l'entier du tableau clinique. Les observations des experts du H. \_\_\_\_\_ rejoignent celles des spécialistes du S. \_\_\_\_\_. En effet, dans leur rapport du 28 janvier 2016, les experts du H. \_\_\_\_\_ ont relevé que les plaintes du recourant étaient restées inchangées, à savoir des douleurs chroniques de l'épaule droite associées à une impotence quasi complète du membre supérieur droit. Ils ont ajouté que les plaintes étaient de type mécanique et qu'il n'y avait pas d'anamnèse, de clinique ou d'image radiologique en faveur d'une étiologie rhumatismale inflammatoire ou immunologique. Il

n'y avait par ailleurs pas de signe d'amyotrophie du membre supérieur droit, ni de différence de température, de coloration ou de phanères. Les experts du H. \_\_\_\_\_ ont également souligné que l'examen clinique avait été extrêmement difficile à réaliser au vu du comportement démonstratif et peu collaborant de l'intéressé. En définitive, ils ont constaté une impotence fonctionnelle du membre supérieur droit, difficilement explicable sur le plan ostéoarticulaire, l'omarthrose radiologiquement constatée n'expliquant pas la symptomatologie. Ainsi, au vu de ces deux rapports d'expertise, il sied de constater que l'état du membre supérieur droit du recourant ne s'est pas péjoré depuis la décision du 22 octobre 2010.

- 27 - Il n'est pour le surplus pas contesté que depuis cette décision, l'intéressé a dû subir, en 2012, une cure de hernie discale L5-S1 ayant présenté des séquelles. Cette problématique a toutefois largement été prise en compte par les experts du H. \_\_\_\_\_, lesquels ont posé le diagnostic de status post-fenestration L5-S1 droite, discectomie d'une hernie discale L5-S1 paramédiane droite ayant entraîné une lombosciatalgie de type L5-S1 sensitivomoteur déficitaire à droite. Les experts ont au demeurant constaté qu'en dehors des troubles de la sensibilité superficielle et profonde, sans territoire précis, au niveau des membres supérieur et inférieur droits, l'examen était rigoureusement normal sur le plan de la médecine interne. Sur le plan rhumatologique, ils ont fait état de plaintes inchangées du recourant, mentionnant uniquement l'atteinte précitée à l'épaule droite. Ils ont noté que des lombosciatalgies droites associées à une faiblesse des muscles releveurs du pied et du gros orteil droits et à une hypoesthésie/dyesthésie du membre inférieur droit persistaient. L'atteinte aux muscles releveurs du pied droit décrite par les experts rejoint les observations faites par les Drs T. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 3 février 2014) et W. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 18 novembre 2016). Quand bien même une nouvelle atteinte est apparue depuis la décision du 22 octobre 2010, les experts du H. \_\_\_\_\_ ont retenu que la capacité de travail du recourant demeurait entière dans une activité adaptée. Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise. En particulier, les différents rapports du Dr T. \_\_\_\_\_, qui estime que son patient présente une incapacité totale de travail dans toute activité, ne concordent pas quant à la date du début de ladite incapacité, fixée à l'année 2005 (cf. rapports des 18 août 2012 et 3 février 2014, courrier du 27 octobre 2015) ou au 1er juin 2009 (cf. rapport du 20 avril 2013). Ce médecin est surtout le seul à estimer que la capacité de travail du recourant est nulle au plan somatique, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, depuis 2005, voire 2009. En effet, les Drs N. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ n'ont pas retenu d'incapacité de travail du point

- 28 - de vue orthopédique (cf. rapport du 30 mars 2007). Quant aux experts du S. \_\_\_\_\_, ils ont indiqué que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée (cf. rapport du 4 mai 2009), comme les experts du H. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, le Dr T. \_\_\_\_\_ a été le médecin traitant de l'intéressé, dont les constatations doivent être admises avec réserve (cf. consid. 3c supra), tout comme celles du Dr W. \_\_\_\_\_, médecin traitant actuel, lequel n'a au demeurant pas non plus totalement exclu une capacité de travail, mentionnant que la question d'une activité adaptée à un taux de 50 % devait être évaluée (cf. rapport du 18 novembre 2016). Pour le surplus, les rapports des Drs T. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ n'apportent pas d'éléments nouveaux de nature à remettre en question les conclusions du rapport d'expertise du H. \_\_\_\_\_. En particulier, les troubles mictionnels mentionnés pour la première fois dans le rapport du 18 novembre 2016 du Dr W. \_\_\_\_\_, sans plus

amples indications, ne sont pas suffisants. Il y a ainsi lieu de se rallier aux conclusions des experts du H. \_\_\_\_\_ et de considérer que sur le plan somatique, le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'expertise du H. \_\_\_\_\_ a en effet été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a pris en compte les plaintes de l'intéressé. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, et ses conclusions bien motivées. Cette expertise remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR, qui s'y est rallié (cf. avis du 16 février 2016). b) Sur le plan psychique, les experts du H. \_\_\_\_\_ n'ont posé aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Ils ont en particulier expliqué les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas retenu d'état de stress post-traumatique. Selon eux, les réponses formulées par le recourant à la question de savoir s'il avait vécu des événements traumatisants durant la guerre étaient en contradiction avec ce qu'il avait déclaré lors de l'expertise du S. \_\_\_\_\_ réalisée en mai 2009. En outre, cette problématique n'avait été évoquée dans aucun autre rapport psychiatrique. De plus, l'intéressé affirmait, sans être sûr de la datation,

- 29 - qu'il souffrait de cette symptomatologie seulement depuis quatre à cinq ans, soit dix-sept ans après les événements. Les experts du H. \_\_\_\_\_ ont également exposé les motifs pour lesquels ils renaient un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10), soulignant que cette dépression avait été régulièrement estimée comme sévère par les psychiatres traitants du recourant, mais sans jamais nécessiter d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Dans leur dernier rapport, daté du 25 octobre 2016, les Dresses G. \_\_\_\_\_ et DD. \_\_\_\_\_ ont d'ailleurs posé le même diagnostic que les spécialistes du H. \_\_\_\_\_. Pour le surplus, les experts du H. \_\_\_\_\_ n'ont pas retenu de trouble somatoforme douloureux, ni de fibromyalgie. Ils ont indiqué que l'absence de signe clinique typique de la fibromyalgie empêchait de retenir ce diagnostic sur le plan clinique. En revanche, ils ont posé le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), exposant que l'expertisé semblait s'être enfermé dans un rôle de malade tant somatique que psychiatrique. Il paraissait dépendant de son entourage familial, passif, anhédonique, irritable, révolté et sans espoir. Les experts ont émis l'hypothèse que cela était lié à un problème psychique non volontaire et pas à une volonté de simulation ou d'amplification, au vu notamment de la bonne observance du suivi psychiatrique. Ils ont expliqué qu'ils renaient ce diagnostic également au vu des conclusions au plan rhumatologique, à savoir un syndrome fonctionnel de l'épaule droite, et du contexte psychosocial, soit une faible intégration de l'expertisé en Suisse, liée à des troubles psychiques. Le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques sort a priori du champ d'application de l'ATF 141 V 285 relatif aux troubles somatoformes douloureux et aux troubles psychosomatiques comparables (cf. consid. 4b supra). Toutefois, même s'il devait être admis que ce trouble doive être examiné à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence précitée, il ne serait, à l'issue de cet examen, pas non plus considéré comme invalidant. En effet, sur le plan des indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel, il y a

- 30 - lieu de relever que le recourant n'est pas collaborant s'agissant de mesures qui permettraient d'améliorer l'état de son épaule droite. Il a déclaré aux experts du H. \_\_\_\_\_ ne pas vouloir faire de thérapie par des mesures physiques, ni entreprendre une réadaptation. La résistance aux traitements ne saurait ainsi être retenue. De plus, la seule

comorbidité psychiatrique est un épisode dépressif moyen chronique, lequel n'est pas incapacitant selon les experts du H.\_\_\_\_\_. En outre, l'intéressé dispose de certaines ressources adaptatives, au vu notamment de son parcours professionnel effectué dans plusieurs pays différents, à savoir la [...], l' [...] la [...] et la Suisse. Par ailleurs, il a pu fonder une famille et a de bonnes relations avec son entourage familial. Contrairement à ce qu'ont indiqué les Desses G.\_\_\_\_\_ et DD.\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 25 octobre 2016, à savoir qu'il avait très peu de contact avec les membres de sa famille et se montrait irritable au quotidien, le recourant a décrit aux experts du H.\_\_\_\_\_ une bonne relation avec son épouse, de même qu'avec ses quatre enfants et ses petits-enfants, qu'il fréquente régulièrement. En outre, l'intéressé sort se promener trois fois par jour et discute avec les personnes qu'il rencontre. Il apparaît ainsi qu'il conserve des ressources personnelles. Par conséquent, même après un examen selon les indicateurs développés par la jurisprudence susmentionnée, le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ne saurait être reconnu comme invalidant. Sur le plan psychique également, l'expertise du H.\_\_\_\_\_ a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a pris en considération les plaintes du recourant. En outre, l'appréciation des experts est claire et leurs conclusions sont bien motivées. L'expertise dispose ainsi d'une pleine valeur probante. Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de cette expertise. En particulier, les appréciations des Drs B.\_\_\_\_\_, G.\_\_\_\_\_, RR.\_\_\_\_\_ et DD.\_\_\_\_\_, psychiatres traitants successifs de l'intéressé au sein de l'I.\_\_\_\_\_, ne permettent pas d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de

- 31 - l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts. Ils n'apportent pas d'éléments psychiatriques nouveaux. En effet, ces médecins font une appréciation différente d'une même situation clinique. Les experts du H.\_\_\_\_\_ ont expliqué avec précision les raisons pour lesquelles ils renaient les diagnostics posés, au détriment d'autres. Par ailleurs, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles des médecins traitants. Pour toutes ces raisons, il y a lieu de se rallier aux conclusions des experts quant à la pleine capacité de travail du recourant au plan psychique. c) Ainsi, l'état de santé de l'intéressé, tant somatique que psychique, ne s'est pas aggravé depuis la décision du 22 octobre 2010 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. d) Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la situation du recourant est équivalente à celle ayant donné lieu à la décision d'octobre 2010. L'OAI n'avait ainsi pas à procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Quoiqu'il en soit, le revenu de l'ESS pour des activités simples et répétitives couvre un éventail d'activités suffisamment large pour que plusieurs d'entre elles soient accessibles au recourant. Par ailleurs, même si une nouvelle comparaison des revenus avait été opérée, et ceci même avec un taux d'abattement de 25 % – soit le maximum autorisé par la jurisprudence, étant précisé qu'il n'est pas admis qu'un tel taux aurait été retenu dans le présent cas au vu des limitations fonctionnelles de l'intéressé – sur le revenu d'invalidité du recourant aurait été largement inférieur au taux de 40 % nécessaire pour se voir octroyer une rente de l'assurance-invalidité (cf. consid. 3a supra). En effet, selon l'ESS de 2012, le revenu auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités manuelles simples dans le secteur privé s'élevait à 5'210 fr. par mois, part au 13ème salaire compris. Dans la mesure où les salaires statistiques prennent en compte un horaire de quarante heures, alors que la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 était de 41,7 heures (cf. La Vie

économique, n°12-2014, p. 92,

- 32 - tableau B 9.2), le revenu mensuel atteignait 5'431 fr. 43, soit un montant de 65'177 fr. 16 par an. Compte tenu d'un abattement hypothétique de 25 %, le revenu annuel avec invalidité s'élèverait à 48'882 fr. 87. Quant au revenu sans invalidité, il a été fixé à 55'023 fr. en 2007 selon les indications du dernier employeur du recourant et n'a pas été contesté par ce dernier. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2007 à 2012 (+ 2 %, + 2.1 %, + 0.8 %, + 1 %, + 0.8 % [cf. Tableau T39 Evolution des salaires nominaux 1976-2015, Office fédéral de la statistique]), ce qui conduit à un gain annuel sans invalidité de 58'804 fr. 77. Après comparaison des revenus sans invalidité (58'804 fr. 77) et avec invalidité (48'882 fr. 87), le taux d'invalidité de l'intéressé s'élèverait à 16,87 %, soit un taux inférieur au minimum requis pour l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Ainsi, en tout état de cause, le recourant ne pouvait prétendre à une telle rente.

#### **E. 7**

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 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 ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI, art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y

- 33 - a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD, art. 61 let. g LPGA).

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