

VD_GERICHTE ZD19.053734 vom 23. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.053734

FR: VD_GERICHTE ZD19.053734 du 23 juin 2022

IT: VD_GERICHTE ZD19.053734 del 23 giugno 2022

Erwägungen

E. 2

avril 2001) et sollicité l'avis des médecins du Service médical régional de

- 4 - l'AI (ci-après : le SMR ; cf. avis des 31 mai 2001, 9 juillet 2001 et 21 août 2008). Dans ce contexte, l'OAI a confié au SMR un examen clinique bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie) de l'assuré. Les Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et I. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens utiles le 11 février 2002. Dans leur rapport du 13 février 2002, les Drs H. _____ et I. _____ ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2) chez une personnalité dépendante à traits hystériques et à l'intelligence limite, de trouble somatoforme douloureux et de discrets troubles lombaires dégénératifs étagés. Ils ont attesté d'une incapacité de travail globale de 70 % pour une durée indéterminée. Par décision du 31 mai 2002, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 70 % avec effet au 1er janvier 2000.

b) Dans le cadre de la procédure de révision d'office engagée au printemps 2005, l'OAI a recueilli des renseignements auprès du Dr A. _____ (rapport du 14 avril 2005). L'OAI a ensuite confié au SMR un nouvel examen clinique bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie) de l'assuré. Le Dr H. _____ et la Dre J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé aux examens utiles le 27 mars 2006. Dans leur rapport du 10 avril 2006, le Dr H. _____ et la Dre J. _____, ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies à prédominance gauche chroniques persistantes (M51.1) sous forme de discopathie L4-L5 avec protrusion discale médiane-para-médiane gauche. Ils ont en outre considéré que les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et de status post épisode dépressif d'intensité sévère, actuellement en rémission complète (F32.9), n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de l'intéressé. Ils ont dès lors retenu que la

- 5 - capacité de travail exigible était totale sur le plan psychiatrique. Sur le plan somatique, la capacité de travail était de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc) et ce dès le mois de mars 2006. L'instruction a été complétée par un stage en internat au K. _____ pour une durée de quatre semaines dès le 9 janvier 2007. Le 24 janvier 2007, l'assuré a toutefois quitté prématurément le K. _____ pour raison médicale. Il a en effet été hospitalisé à l'U. _____ durant une semaine en raison d'un épuisement et d'un blocage lombaire, suivie d'une semaine de convalescence. Dans un rapport de synthèse du 21 février 2007, le K. _____ a estimé que l'assuré souffrait probablement de troubles psychologiques associés à un manque de ressources intellectuelles et sociales, ainsi qu'à

une attitude en marge du contexte réel. Sa souffrance physique était certainement réelle, mais elle était en forte discordance avec le comportement montré. La mesure n'avait cependant pas permis de lui faire surmonter sa détresse. Dans un rapport du 30 janvier 2007, la Dre M. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin-conseil au K. _____, a conclu que, sur le plan rhumatologique, aucune limitation ne pouvait être retenue autre que l'impossibilité pour ce patient de faire des travaux nécessitant de porter des charges lourdes et modérément lourdes, des mouvements répétés de flexion antérieure et de rotation du tronc ainsi que des positions statiques prolongées. La problématique psychiatrique était du ressort des psychiatres, mais selon l'avis de la Dre M. _____, elle n'était pas source d'une incapacité de travail complète. Par décision du 2 juin 2009, assortie d'une motivation séparée du même jour, l'OAI a supprimé le droit à la rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. L'OAI a ainsi retenu que la capacité de travail de l'intéressé dans l'activité habituelle était nulle, alors qu'elle était de 80 % dans une activité adaptée aux limitations

- 6 - fonctionnelles. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assuré. Sur la base d'un revenu annuel de 4'588 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive dans le secteur privé (production et services) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41,6 heures), de l'adaptation à l'évolution des salaires nominaux de 2004 à 2006 (+ 2,42 %), d'une activité de substitution de 80 % et d'un abattement de 10 %, l'OAI a estimé que l'assuré était en mesure de réaliser un revenu annuel de 42'229 fr. 45, supérieur au gain de valide de 37'800 fr. (indexé à 2006), ce qui conduisait à la suppression de la rente. Par arrêt du 22 février 2011 (AI 319/09 – 100/2011) la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours interjeté par Y. _____ à l'encontre de la décision précitée. c) Par rapport du 12 juin 2015, le Dr A. _____ s'est directement adressé à l'OAI et l'a informé que l'état de santé de son patient s'était nettement aggravé. Le Dr A. _____ a indiqué, dans un rapport du 1er juillet 2015, que l'assuré présentait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale et de lombosciatique droite chronique sur hernie discale. Le travail physique n'était plus exigible en raison de gonalgies importantes et constantes et d'une raideur lombaire. Le 5 juillet 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI. Dans un rapport du 20 juillet 2015, la Dre N. _____, spécialiste en neurochirurgie, a fait état d'infiltrations pratiquées de 2005 à 2013 dans le cadre d'un diagnostic de lombalgie. Sollicité pour avis, le Dr O. _____, médecin au SMR, a estimé dans un avis du 20 janvier 2016 que le dossier ne contenait aucun nouvel

- 7 - élément médicalement étayé de nature à justifier à nouveau une entrée en matière. Dans une décision du 15 mars 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 5 juillet 2015, étant donné l'absence de modification notable de la situation professionnelle ou médicale de l'assuré. B. Y. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI le 28 novembre 2016 en raison de fortes douleurs au dos et à la tête ainsi que d'une dépression. Dans un rapport du 29 novembre 2016, le Dr P. _____ et la Dre Q. _____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie à la R. _____, ont attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Ils ont retenu les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 33.2) et de syndrome douloureux persistant (F 45.4). Sur le plan clinique, ils observaient une baisse de moral, des idées noires et suicidaires, actuellement scénarisées, ainsi qu'une

tendance à l'isolement et à la dépréciation. L'OAI a recueilli des renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'assuré. Le Dr P. _____ et la Dre Q. _____ ont complété le formulaire médical de l'AI le 25 janvier 2017. Ils ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux persistant (F45.4) et de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2). Ils ont décrit une symptomatologie somatoforme « handicapante et massive » dont ils percevaient une origine psychogène et constataient une « évolution torpide et invalidante » ne répondant que peu aux traitements antalgiques et antidépresseurs. Le Dr P. _____ et la Dre Q. _____ ont fait état de douleurs extrêmement invalidantes qui empêchaient les déplacements, les ports de charges et le maintien des positions debout ou même assise, ceci de façon quotidienne

- 8 - et chronique. Pour les spécialistes de la R. _____, ni l'activité habituelle ni même une activité adaptée n'étaient exigibles. Le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, a complété le formulaire médical de l'AI le 1er février 2017. Il a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'état anxiodépressif chronique depuis 1999 ainsi que de dyslipidémie et de dorso-lombalgies chroniques depuis 1999. Le Dr S. _____ a relaté l'évolution défavorable d'un syndrome lombo-vertébral hyperalgique associé à un état anxiodépressif chronique. Les douleurs étaient fixées et chroniques ; elles ne répondaient ni à l'antalgie ni aux injections. Il a joint au formulaire les documents suivants : - Le rapport du 11 février 2014 du Dr T. _____, spécialiste en neurochirurgie. Sur la base d'une IRM lombaire du 11 novembre 2013, le Dr T. _____ a retenu une discopathie L4- L5 importante avec rupture de l'anneau fibreux et débord discal médian gauche. Il a estimé que les lombalgies chroniques pouvaient « probablement » être mises sur le compte de la discopathie. Faute de réponse à un traitement conservateur et aux infiltrations, il était d'avis qu'il convenait de mettre en place un dispositif interépineux. - Le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 20 avril 2016 du Dr V. _____, spécialiste en radiologie ; - Le protocole opératoire d'une injection d'antalgie le 10 juin 2005 par le Dr W. _____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive. - Le rapport du 9 décembre 1999 du Prof. Z. _____, spécialiste en neurochirurgie. Examinant le dossier radiologique, ce spécialiste a retenu une hypertrophie de l'apophyse transverse L5 droite sans autre pathologie évidente (radiographie de la colonne lombaire du mois de mars 1999), une discopathie

- 9 - modérée L4-L5 et très discrète L5-S1 ainsi qu'un canal très légèrement étroit en L4-L5, mais sans atteindre une signification clinique et sans évidence de compression radiculaire ou du sac dural entre L1 et S1 (IRM du mois de mars 1999). Il a qualifié la symptomatologie lombaire de « très bruyante » et de « certainement en partie exagérée ». Sollicité pour avis, le Dr O. _____ a recommandé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie) dans un avis SMR du 22 mai 2017. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée à Centre Ex. _____ (communication du 29 juin 2018). La Dre EX.RHU. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, le Dr EX.PSY. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr EX.MED. _____, médecin praticien, ont procédé aux examens utiles les 14 et 17 août 2018. Ils ont déposé leur rapport le 2 octobre 2018, celui-ci comprenant une évaluation consensuelle ainsi que des volets de rhumatologie, de psychiatrie et de médecine interne. Les experts ont fait part de leur appréciation consensuelle du cas en ces termes (Evaluation consensuelle, pp. 3-7) : « 4.1 Evaluation

médicale interdisciplinaire Les plaintes actuelles de Y. _____ concernent essentiellement des lombalgies, permanentes, tant diurnes que nocturnes, sans irradiation algique dans les membres inférieurs, des cervicalgies survenant par épisodes, sans irradiation algique, et des gonalgies gauches. Les plaintes sont de type mécanique. Il n'y a pas d'élément en faveur d'une affection inflammatoire rhumatismale/immunologique. Le status rachidien actuel relève que Monsieur Lemos présente un aspect musclé, qu'il n'y a pas de contracture musculaire paravertébrale, qu'il existe un trouble statique modéré, et que le status neurologique n'objective pas de déficit sensitivo-moteur, hormis l'existence d'un canal carpien gauche débutant. En outre, la présence des signes

- 10 - de non-organicité évoque une composante psychogène à la symptomatologie algique. Le status cervical et du genou gauche ne sont pas inquiétants, possiblement en relation avec des troubles dégénératifs, mais ni les cervicalgies ni les gonalgies n'ont un effet incapacitant. Spontanément l'expertisé mentionne « je ne suis pas bien, je suis comme mort, je ne fais plus rien d'utile dans cette vie, cela perturbe mes enfants et mon épouse, je ne sors plus, je ne vois plus personne ». L'expertisé mentionne encore, en portant la main à son dos, des douleurs lombaires bilatérales intenses, constantes dont il ne peut préciser le caractère. L'anamnèse retient la présence dans les suites de l'accident du 20.01.1999 une symptomatologie anxieuse (intensité moyenne) et dépressive (intensité moyenne à forte) réactionnelle ayant évolué de façon constante. Pendant de nombreuses années, il n'y a eu aucun suivi psychiatrique psychothérapeutique. Il y a eu un traitement spécialisé très limité dans le temps (suivi psychiatrique psychothérapeutique, Dre. Q. _____, Dr. P. _____, centre de psychiatrie intégrée de Montreux du 11.10.2016 au 16.01.2017 à raison d'environ une consultation tous les 15 jours. Ces confrères ont confié au terme de ces rendez-vous le suivi au médecin traitant avec une prescription de Rémeron. Il n'y a pas eu d'admission en centre de crise ou en hôpital psychiatrique. Il n'y a pas de notion d'abus médicamenteux. Il n'y a pas de notion de tentative de suicide. L'expertisé mentionne des idées suicidaires permanentes, sans passage à l'acte, « je pense à mes enfants, je renonce ». Il n'y a pas eu de Drug monitoring. L'examen psychiatrique retient que l'évaluation a été continue. L'expertisé se déplace lentement de la salle d'attente à la salle d'examen, il semble relativement confortable sur sa chaise. Il se tient le bas du dos avec la main droite, lorsqu'il évoque ses douleurs lombaires. Il n'y a pas d'autre comportement douloureux observé. Il paraît son âge. Il ne pleure pas. Les traits de son visage sont un peu tendus, il ne sourit pas, il ne plaisante pas, il ne fait pas de l'humour. Le débit de la parole ne montre ni logorrhée ni ralentissement. Il échange avec l'interlocuteur, il est collaborant. L'humeur est anxieuse (intensité moyenne). L'expertisé est actuellement euthymique. Il n'y a pas de trouble cognitif. Le taux plasmatique du 17.08.2018, de Rémeron est de 86 nmol/l, ce taux est dans la fourchette thérapeutique (113- 300), il objective une bonne observance de cette médication. En conclusion, sur le plan psychique, le tableau clinique que présente cet expertisé est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). L'évolution de la symptomatologie, qui a un caractère chronique, est trop longue pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation.

- 11 - La symptomatologie anxieuse est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologies. La symptomatologie dépressive est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologies. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) doit également être retenu. L'expertisé se décrit comme anxieux, triste et douloureux. Il y a un sentiment de détresse, non expliqué par les

processus physiologiques ou par un trouble psychique. L'expertisé a une bonne perception de soi et des autres. L'expert de médecine interne retient qu'aucun diagnostic incapacitant n'est mis en évidence. Sur le plan rhumatologique, les plaintes lombaires et les limitations fonctionnelles rapportées sont compatibles avec les constatations radiologiques, mais ni le status ni l'imagerie radiologique ne permettent d'expliquer l'intensité de la persistance de la symptomatologie algique, ni d'expliquer les importantes limitations fonctionnelles qui en découlent, telles que rapportées par monsieur Lemos. Les troubles radiologiques lombaires constatés contre-indiquent l'exercice d'une activité professionnelle physiquement lourde, mais permettent une activité sédentaire adaptée. En outre, la présence des signes de non-organicité de Waddell à 5/5 et de Kummel à 2/2 laisse supposer une participation psychogène à la symptomatologie algique. Compte tenu de ce qui précède, il est retenu que la symptomatologie dont se plaint, l'expertisé à un caractère subjectif, particulièrement la symptomatologie douloureuse. On retiendra que ce trouble n'est pas associé à un trouble psychiatrique sévère. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité.

L'expertisé n'a pas été victime de carences affectives, de maltraitance physique, psychique ou sexuelle. L'ensemble de ces éléments va dans le sens de la présence de ressources personnelles. Sur le plan psychique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles, il n'y a pas de diminution de rendement. 4.2 Diagnostics pertinents avant ou non une incidence sur la capacité de travail - Canal carpien gauche débutant. - Lombalgies chroniques sur trouble statique et troubles dégénératifs, canal lombaire étroit modéré en L4-L5, discopathie L4-L5 avec protrusion discale médiane para-médiane gauche. - Cervicalgies chroniques. - Gonalgies gauches sur gonarthrose - Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2). - Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

- 12 - 4.3 Constatations/diagnostics d'éléments avant une incidence sur les capacités fonctionnelles Pas de positions statiques prolongées ou de mouvements itératifs contraignants pour le rachis lombaire en flexion/extension/ rotation/inclinaison du tronc, pas de travail en position agenouillée, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de port de charge itératif > 5-10 kg, pas de travail avec des appareils émettant des ondes de basse fréquence, changements de position possibles. Pas de montée ou de descente itérative des escaliers respectivement des pentes, pas de longs trajets fréquents sur terrain inégal. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychique. 4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence L'expertisé est très focalisé sur ses douleurs, d'où sa conclusion qu'il n'est plus apte à rien faire. Il nous a laissé l'impression de quelqu'un de très « chronicisé », qui s'est mis dans un rôle d'invalidé. Il y a des traits de personnalité dépendante et passive-agressive en nombre insuffisant pour retenir un diagnostic spécifique à ce niveau. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. 4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge L'expertisé est capable de communiquer. Il est capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique, de s'organiser, il est rationnel et autonome. Il est peu endurant, il a des capacités relationnelles et de communication. 4.6 Contrôle de cohérence Sur le plan somatique, les plaintes et les limitations fonctionnelles qui en découlent, telles que rapportées par l'expertisé sont cohérentes. En revanche, l'intensité de la durée de ces plaintes n'est pas objectivable ni par l'examen clinique ni par l'imagerie radiologique. Sur le plan psychique, il y a des divergences entre les symptômes décrits et les examens cliniques pratiqués dans le cadre de cette expertise. 4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici Sur le plan somatique, incapacité de travail complète. Sur le plan psychique, capacité de travail 100 % 4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée Sur le plan somatique, 80 %. Sur le plan

psychique, 100 %. 4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail

- 13 - partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout Sur le plan somatique, les troubles rachidiens que présente l'assuré sont incompatibles avec l'exercice d'une activité physique lourde. En revanche, en respectant les limitations fonctionnelles citées ci-dessus, une activité adaptée est réalisable par l'expertisé à 80 %, retenant 20 % d'incapacité de travail en raison des douleurs lombaires chroniques, sur la base de troubles dégénératifs marqués, qui entraînent une fatigue augmentée. Les cervicalgies et gonalgies encore rapportées, n'ont à l'heure actuelle pas d'effet incapacitant. 4.10 Mesures médicales et thérapies avant une incidence sur la capacité de travail Aucune, sinon un réentraînement à l'effort. » Sur le plan rhumatologique, la Dre EX.RHU._____ a rapporté ses observations et apprécié le cas comme il suit (Rapport de rhumatologie, pp. 20-23) : « 7.1 Résumé de l'évolution personnelle, professionnelle, sociale et médicale actuelle (...) Le status rachidien actuel n'est pas très contributif, eu vu un manque de collaboration et la démonstrativité de l'assuré. On relève cependant que, Y._____ présente un aspect musclé, il n'y a pas de contracture musculaire paravertébrale, il existe un trouble statique modéré, le status neurologique n'objective pas de déficit sensitivo- moteur. En outre, la présence des signes de non-organicité évoque une composante psychogène à la symptomatologie algique. Globalement, ce status est superposable au status relevé lors de l'expertise rhumatologique en 2006 par le Dr. H._____. Les radiographies lombaires objectivent cependant des troubles dégénératifs marqués, qui peuvent expliquer les plaintes de l'assuré. Ces troubles dégénératifs sont restés globalement stables (cf. les diverses IRM lombaires réalisées). Dans l'ensemble, ni le status ni les investigations radiologiques ne permettent d'expliquer l'intensité de la persistance de la symptomatologie algique, ni d'expliquer les importantes limitations fonctionnelles qui en découlent, telles que rapportées par Y._____. De longue date, au vu les troubles radiologiques, on a pu admettre que son ancienne profession d'ouvrier viticole n'était plus exigible. A l'instar du Dr. H._____, qui avait vu l'expertisé en 2006, au vu que, ni amélioration ni péjoration ne peuvent être

- 14 - objectivées actuellement, nous retenons une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, retenant quelques limitations supplémentaires en relation avec ses gonalgies sur gonarthrose diagnostiquée par son médecin-traitant (nous n'avons pas eu les radiographies à disposition). En effet, les troubles dégénératifs marqués, comme déjà cités ci-dessus peuvent expliquer les plaintes de l'assuré, justifient une diminution de la capacité de travail de 20%. 7.2 Évaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation. etc., pronostic Les traitements instaurés ont été adéquats, mais sont restés sans succès aux dires de l'assuré, seuls les antalgiques majeurs l'ont aidé. Les mesures de physiothérapie ont été interrompues, car elles ne l'aidaient pas. Actuellement, aucune autre thérapie ne peut être proposée susceptible d'améliorer réellement la capacité de travail de l'assuré. En ce qui concerne l'évolution, celle-ci devrait rester stable en ce qui concerne le rachis, hormis les effets du vieillissement physiologique. Quant aux genoux, cela dépend de l'évolution de la gonarthrose. Eu vu la chronicisation du cas, une réadaptation nous apparaît aléatoire quant au succès, bien que rien n'y oppose sur le plan purement rhumatologique. Traitement Les traitements ont été adéquats, mais sont restés sans succès. L'assuré semble avoir coopéré à ces traitements. Actuellement, il est convaincu que seuls les antalgiques majeurs peuvent le soulager. A relever cependant qu'il n'a des antalgiques qu'en réserve et

que lui-même dit ne les prendre qu'irrégulièrement. Réadaptation Oui, sur le plan purement rhumatologique, une réadaptation est exigible, mais comme écrit ci-dessus, nous apparaît aléatoire quant au succès eu vu la chronicisation du cas d'une part et que Y._____ ne semble pas près d'adhérer à de telles mesures d'autre part. On se rappellera que Y._____ aurait dû suivre un stage d'évaluation de 4 semaines début 2007 à l'ORIPH à Romont, stage qui a été interrompu par son médecin traitant après 3 semaines en raison d'un blocage lombaire. Le médecin- responsable de l'ORIPH a cependant relevé dans son rapport que les observations cliniques étaient en contradiction avec les propos et les comportements de l'assuré, qui ne présentait pas de déconditionnement physique et jouissait d'une musculature bien développée. 7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité Il y a cohérence entre les plaintes et les limitations fonctionnelles qui en découlent, telles que rapportées par l'assuré. Les traitements ad hoc ont été instaurés au prorata

- 15 - de ces plaintes, l'assuré semble s'y être bien soumis. En revanche, les constatations cliniques et radiologiques ne permettent pas d'objectiver l'intensité de la persistance de celles-ci. Cohérence Il y a cohérence entre les plaintes et les limitations fonctionnelles qui en découlent, telles que rapportées par l'assuré. En revanche, les constatations cliniques et radiologiques ne permettent pas d'objectiver l'intensité de la persistance de celles-ci. En outre, le comportement de l'assuré est démonstratif. 7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés Sur le plan ostéoarticulaire, l'importance des limitations fonctionnelles ne sont pas explicables par l'examen clinique et les images radiologiques. Son épouse prend en charge les activités ménagères, la cuisine, les commissions. La seule chose que l'assuré dit faire c'est préparer un repas de midi pour lui et sa fille, préparer le repas du soir avec son épouse, et très parfois nettoyer la poussière. (...) Ressources personnelles Il est autonome dans les activités de la vie quotidienne pour sa toilette, se vêtir et se nourrir. Il devrait, sur le plan rhumatologique, être capable d'effectuer toutes les activités non physiquement contraignantes pour le rachis lombaire. Ressources externes Son épouse, et probablement ses enfants. » Sur le plan psychiatrique, le Dr EX.PSY._____ a rapporté ses observations et apprécié le cas comme il suit (Rapport de psychiatrie, pp. 20-23) : « 7.1 Résumé de l'évolution personnelle, professionnelle, sociale et médicale actuelle (...) L'anamnèse retient que l'expertisé se décrit comme sérieux, très impliqué dans sa vie familiale et son travail (lorsqu'il était actif). Il mentionne depuis l'accident des colères verbales « problématiques » pour son entourage. Il n'est pas fait mention de conflit au travail ou en privé. Y._____ ne mentionne pas de comportement impulsif. Il n'y a pas de comportement auto ou hétéro dommageable. Il n'y a pas de notion de débordement émotionnel. La recherche de traits de personnalité pathologique retient la présence de traits dépendants : besoin d'être pris en charge, crainte de la séparation, peine à prendre des décisions seul (doit toujours

- 16 - prendre l'avis de son épouse). Il y a également quelques traits passifs sous forme de colère inhibée accentuée depuis l'accident. L'examen clinique n'objective pas d'éléments significatifs en lien avec le fonctionnement de personnalité. Il y a des traits de personnalité dépendante et passive- agressive en nombre insuffisant pour retenir un diagnostic spécifique à ce niveau. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. 7.2 Évaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation. etc., pronostic Dans le contexte sus décrit, les traitements psychiatriques sont souvent de peu d'efficacité et n'empêchent que rarement une évolution chronique, comme le décrit bien l'experte

rhumatologue. Il n'y a pas de contre-indication psychiatrique (modèle biomédical) à la mise en place de mesures de réadaptation. Mais objectivement (modèle biopsychosocial), les possibilités de les mettre en place sont aléatoires, et je ne peux qu'une fois de plus partager l'appréciation de ma co-experte rhumatologue. Traitement Le traitement est conforme aux règles de l'art. Il n'y a pas d'indication formelle à un traitement psychiatrique psychothérapeutique. Le traitement antidépresseur doit être poursuivi. Il serait utile de valoriser les capacités adaptatives de l'expertisé. Il serait également utile de confronter l'expertisé au caractère subjectif de certains de ces troubles. Réadaptation Une réadaptation est raisonnablement exigible il n'y a pas de contre-indication psychiatrique à la mise en place de mesures de réadaptation. Il n'y a pas d'indication psychiatrique à une telle mesure.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité (...) Cohérence Il y a des divergences entre les symptômes décrits, l'expertisé se décrit comme « beaucoup déprimé » alors que lors de l'examen clinique et les examens cliniques pratiqués dans le cadre de cette expertise il est euthymique. Il y a des divergences avec les éléments apportés par le dossier. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'est pas retenu. Il l'était par les précédents experts (Dr F. _____, psychiatre : rapport du 14.07.2000 et du 02.04.2001 ; Dr I. _____, psychiatre : rapport du 15.08.2001 et du 13.02.2018) et le médecin traitant (Dr. P. _____ : rapport médical du 25.01.2017. La Dre J. _____, psychiatre (experte) retenait le même diagnostic mais chez un patient asymptomatique lors de son examen : rapport du - 17 - 27.03.2006). Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant est retenu. Il n'avait pas été discuté par les précédents experts. Il est retenu par deux de mes confrères psychiatres : la Dre J. _____ (experte) rapport du 27.03.2006) et le Dr. P. _____ : rapport médical du 25.01.2017.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés L'importance des difficultés et limitations mentionnées n'est pas explicable par l'examen clinique. (...) Ressources personnelles L'expertisé est capable de communiquer. Il est capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité psychique, de s'organiser, il est rationnel et autonome. Il est peu endurant, il a des capacités relationnelles et de communication. Ressources externes Il dispose d'un réseau social personnel limité. Il n'a plus de réseau professionnel. » Le SMR a repris les conclusions de l'expertise dans son avis du

E. 6

a) Sur le plan somatique, les experts ont retenu les diagnostics de lombalgies chroniques sur trouble statique et troubles dégénératifs, de canal lombaire étroit modéré en L4-L5, de discopathie L4-L5 avec protrusion discale médiane para-médiane gauche, de cervicalgies chroniques et de gonalgies gauches sur gonarthrose. aa) D'un point de vue rhumatologique, les diagnostics mis en lumière par la Dre EX.RHU. _____ sont superposables à ceux posés par les médecins traitants (rapport du Dr S. _____ du 1er février 2017 ; rapport d'IRM de la colonne lombaire du 20 avril 2016) et à ceux retenus durant les précédents examens cliniques au SMR (rapports des 13 février 2002 et 10 avril 2006), sous réserve de la gonarthrose,

- 28 - pathologie dégénérative dont l'évolution est inéductable. L'appréciation de l'experte repose en particulier sur un examen complet de l'assuré (Volet rhumatologique, pp, 17-19), ainsi que sur l'analyse des rapports médicaux et du dossier radiologique figurant au dossier (Ibid., pp. 3-4 et pp. 20-21). En outre, elle prend en considération les plaintes du recourant (Ibid., p. 14). A cet égard, l'experte relève que les plaintes et les limitations fonctionnelles qui en découlent, telles que rapportées par l'expertisé sont cohérentes, mais que l'intensité

de la durée de ces plaintes n'est pas objectivable ni par l'examen clinique ni par l'imagerie radiologique (Ibid., p. 22). Le recourant a d'ailleurs toujours conservé un aspect musclé sur le plan général (Ibid., pp. 18 et 24 ; comp. rapport d'examen SMR du 13 février 2002 où l'intéressé est décrit comme « athlétique »), ce qui atteste qu'il n'est ni grabataire ni déconditionné. Ce constat n'est pas cohérent avec l'importante sédentarité alléguée. La Dre EX.RHU._____ décrit en outre avec soin le contexte médical avant de conclure que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'ouvrier viticole est nulle, le recourant conservant toutefois une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« pas de positions statiques prolongées ou de mouvements itératifs contraignants pour le rachis lombaire en flexion/extension/ rotation/inclinaison du tronc, pas de travail en position agenouillée, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de port de charge itératif > 5-

E. 10

avril 2006. Il convient cependant de souligner que ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail ; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient n'est dans ce contexte que secondaire (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et les références). Le Dr EX.PSY._____ motive au surplus de manière convaincante les diagnostics retenus sur la base du tableau clinique dressé (pp. 21-22) et de l'anamnèse (pp. 12-19). bb) Sur le plan de l'atteinte à la santé, l'expert met en évidence l'absence de symptomatologie dépressive intense qui aurait empêché le recourant de poursuivre ses activités sociales, familiales ou ménagères. On constate aussi que l'intéressé n'a consulté un psychiatre que 17 ans après l'accident de 1999 qui a engendré l'incapacité de travail

- 30 - à l'origine de toutes les demandes de prestations figurant au dossier. De plus, les médecins de la R._____ ne sont pas intervenus dans la durée, renvoyant l'intéressé auprès de son médecin traitant après quelques mois seulement (Complément d'expertise, p. 2). Le dossier montre que le recourant se préoccupe de sa santé, consultant de nombreux médecins. Il apparaît ainsi que s'il présentait des limitations significatives sur le plan psychique, il n'aurait pas hésité à consulter un psychiatre. C'est lieu de rappeler que le recourant ne se considère pas atteint d'une affection psychiatrique, mais de maux de dos (Volet psychiatrique, p. 16). Or, sous l'angle du trouble somatoforme, l'expert, fondé sur la présence des signes de non-organicité selon Waddel, retient une probable participation psychogène à la symptomatologie algique. Aucun trouble psychique sévère n'est toutefois associé au trouble somatoforme, ce qui en limite l'impact sur la santé. A cet égard, on comprend mal le grief du recourant qui reproche à l'expert de ne pas avoir traité de manière correcte l'indicateur relatif aux comorbidités. En effet, dès lors que l'expert nie, sur la base de son examen, convaincant, l'existence d'une comorbidité, il n'y a pas lieu d'en inférer une lacune de l'instruction. De plus et faute d'explications rhumatologiques à la persistance des douleurs, les plaintes sont qualifiées de subjectives (Volet psychiatrique, p. 22). On relève à cet égard que la Dre EX.RHU._____ exclut également le diagnostic de fibromyalgie sur la base de son examen clinique, les critères n'étant pas réunis (Volet rhumatologique, pp. 18-19). Le Dr EX.PSY._____ relève l'absence de limitations fonctionnelles significatives (Complément d'expertise, pp. 3-4). Les ressources décrites par l'expert (Ibid.) permettent à l'intéressé de conserver des contacts sociaux, de respecter un cadre, de se montrer flexible et de s'organiser, ce qui est suffisant pour lui permettre

d'exercer une activité légère, simple et réplétive que l'intimé considère exigible dans sa décision du 2 juin 2009 qui sert de base de comparaison pour évaluer une éventuelle aggravation de son état de santé. Quant au manque d'endurance admis par les experts, il ne constitue pas un obstacle pour les activités précitées, ceci spécialement dans la mesure d'un taux d'activité exigible de 80 %.

- 31 - La critique du recourant à l'encontre de l'analyse des critères d'exclusion est mal fondée. A l'instar de l'experte rhumatologue qui observe un comportement majorant et des exagérations (Volet rhumatologique, pp. 19 et 22), de l'expert interniste qui qualifie l'intéressé d'un peu démonstratif (Volet de médecine interne, p. 20), mais aussi des précédents experts (Complément d'expertise du Dr F. _____ du 19 septembre 2000 ; rapport SMR du 10 avril 2006) et de certains médecins consultés par l'assuré (rapport du 9 décembre 1999 du Prof. Z. _____ ; rapports des 27 août 1999 et 21 janvier 2000 du Dr D. _____), le Dr EX.PSY. _____ a identifié des incohérences. Ainsi, sur le plan de la thymie, le recourant se plaint de déprime tout en affichant un comportement euthymique (Volet psychiatrique, p. 23). A cela s'ajoute l'absence de traitement psychiatrique et de demande de soins sur ce plan avant la prise en charge à la R. _____ (Volet psychiatrique, p. 22 ; Complément d'expertise, pp. 2-3). Reste que le Dr EX.PSY. _____ a toutefois procédé à l'analyse des différents indicateurs, ce qui montre qu'il n'a pas accordé un poids prépondérant aux critères d'exclusion dont on rappelle qu'ils conduiraient, s'ils devaient être retenus, à nier le caractère invalidant des troubles psychiques sans plus ample examen des indicateurs pertinents (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Le critère de la résistance au traitement n'est pas pertinent dans le cadre du recourant qui n'a pas fait l'objet d'un traitement psychiatrique sur le long cours. S'agissant du résultat de la mesure de réadaptation entreprise sous l'égide de l'intimé, il y a lieu de relever qu'elle est ancienne, mais que l'intéressé n'a jamais souhaité entamer de démarches de réadaptation. Force est de constater qu'il n'y a pas d'indication en faveur de limitations fonctionnelles significatives ni du caractère invalidant de l'atteinte à la santé à la lumière de cet indicateur. En effet, lorsque, comme en l'espèce, l'assureur propose des mesures de réadaptation que l'assuré ne met pas à profit, cela doit être considéré comme un indice

- 32 - sérieux d'une atteinte non invalidante (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). Or, en l'espèce, la collaboration de l'assuré n'est pas optimale. En effet, durant les seules mesures mises en place, les intervenants ont relevé une attitude en marge du contexte réel et une souffrance physique en forte discordance avec le comportement montré (rapport de synthèse du K. _____ du 21 février 2007). Quant à la médecin conseil du K. _____, la Dre M. _____, elle a estimé, sans la nier, que la problématique psychiatrique n'était pas source d'une incapacité de travail complète (rapport du 30 janvier 2007), son appréciation sur le plan ostéoarticulaire étant au demeurant similaire aux limitations fonctionnelles décrites par les experts (comp. rapport du 30 janvier 2007 et l'évaluation consensuelle, p. 5). Quant à la reprise d'emploi pour G. _____, elle se révèle trop éphémère pour en tirer quoi que ce soit, étant relevé que l'on peut douter de la compatibilité de la profession de paysagiste avec les limitations fonctionnelles somatiques présentées par le recourant. Au demeurant, rien ne peut être reproché à l'intimé quant à l'absence de mesures de réadaptation récentes. En effet, le recourant, sans formation professionnelle, n'a pas besoin des mesures de l'AI, ce qu'il n'a d'ailleurs pas réclamé, pour réintégrer le marché du travail qui offre un large éventail d'activités non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale

d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C_476/2020 du

E. 15

février 2021 consid. 4.2). cc) Certes le Dr EX.PSY. _____ admet l'existence de traits de la personnalité dépendante et passive-agressive. Il ne ressort cependant pas du rapport d'expertise que l'intéressé présenterait une organisation pathologique de la personnalité, respectivement un trouble de la personnalité rigide et chronique pouvant entraîner de graves limitations (Volet psychiatrique, pp. 14 et 22). La dépendance de l'épouse ne peut pas engendrer de limitations significatives sur le plan psychique dans le cadre d'une activité simple et répétitive. Il ressort du dossier que ces traits de la personnalité n'ont pas empêché l'intéressé de s'intégrer en Suisse, d'y former une famille et de travailler à son arrivée en Suisse, ceci jusqu'à

- 33 - la date de l'accident (Volet psychiatrique, p. 3, cf. aussi C.I. du 30 septembre 1999). Les traits de la personnalité observés ne constituent ainsi pas une comorbidité psychiatrique insurmontable dans le cadre d'une activité simple et répétitive. Il convient ainsi d'admettre que les ressources de l'intéressé en lien avec sa personnalité sont pour l'essentiel préservées et compatibles avec l'exercice de l'activité professionnelle exigible. Au demeurant, même à supposer que la relation particulière entre le recourant et son épouse se répercute sur la capacité de travail du premier – ce qui n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante – une telle situation, relevant d'un facteur non médical, n'entraînerait pas, selon la jurisprudence, de prise en charge par l'assurance-invalidité (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1 et 3.4.2.1 ; TF 9C_549/2015 du 29 janvier 2016 consid. 4.3). dd) Au niveau du contexte social, le recourant décrit d'indéniables ressources sur le plan familial (Volet psychiatrique, pp. 16- 17). Il est aussi observé que le recourant retourne au pays pour les vacances. La vie de couple et la relation avec les enfants procurent ainsi au recourant un bénéfice social pour l'aider à surmonter les difficultés liées à son atteinte à la santé. ee) Sur le plan de la cohérence, l'affirmation selon laquelle le recourant présenterait une atteinte totalement incapacitante ayant des effets uniformes dans tous les domaines de la vie contraste avec les observations rapportées par l'expert, lequel fait état de capacités conservées pour gérer les divers aspects de son quotidien (Volet psychiatrique, pp. 16-17). Le Dr EX.PSY. _____ met ainsi en lumière que les plaintes du recourant (sentiment d'inutilité, déprime, fatigue, avenir professionnel « bouché » et incapacité de retravailler ; cf. Volet psychiatrique, p. 19 ; Complément d'expertise, pp. 3-4) entrent en contradiction avec les diverses déclarations que celui-ci a tenues à propos de son quotidien, dans lequel il demeure, sous réserve d'un manque d'endurance, autonome et investi ; l'intéressé ne présente en effet pas de difficultés pour conserver des contacts sociaux, respecter un cadre, se

- 34 - montrer flexible et s'organiser (Complément d'expertise, pp. 3-4). Il n'existe ainsi pas de limitation uniforme dans tous les domaines de la vie. De plus, il apparaît que le recourant n'a pas mis à profit les possibilités de traitement. Il convient de souligner qu'une composante psychique a rapidement été évoquée par les médecins traitants (lettre de sortie du B. _____ du 22 février 1999 ; rapport du 21 janvier 2000 du Dr D. _____). L'intéressé n'a pourtant consulté un psychiatre qu'en 2016, ceci seulement du 11 octobre 2016 au 16 janvier 2017, à raison d'environ une consultation tous les quinze jours. Au terme de ce bref suivi, le recourant a été confié à son médecin généraliste traitant avec une prescription de Rémeron. Sur le plan psychosomatique, l'experte rhumatologue pointe une évidente contradiction : le recourant est convaincu que seuls les antalgiques majeurs

peuvent le soulager ; cependant, ceux-ci ne sont qu'en réserve et ne sont pris qu'irrégulièrement du propre aveu de l'intéressé. Ces facteurs indiquent l'absence d'une souffrance particulièrement intense. Ils ne reflètent pas de limitations fonctionnelles significatives. ff) Si les rapports du Dr P. _____ et la Dre P. _____ des 29 novembre 2016 et 25 janvier 2017, voire le rapport du Dr S. _____ du 1er février 2017, ont pu justifier d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'AI du 28 novembre 2016, ils ne justifient pas, désormais, de s'écarter des constatations des experts. Les explications données par les médecins de la R. _____, si elles mentionnent – sans véritablement détailler les circonstances – une aggravation de l'état de santé du recourant, singulièrement une symptomatologie somatoforme « handicapante et massive », ne permettent pas de comprendre les raisons pour lesquelles l'état de santé psychosomatique du recourant serait susceptible d'entraîner une incapacité de travail sur le long terme dans une activité légère et répétitive adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, étant souligné que l'intimé ne retient pas que l'ancienne profession d'ouvrier viticole soit exigible. Le fait que les

- 35 - médecins de la R. _____ aient rapidement renvoyé le recourant auprès de son médecin généraliste est contradictoire avec le caractère alarmant de leurs rapports qui ne peuvent ainsi revêtir de valeur probante suffisante pour instiller le doute sur les conclusions des experts. gg) Sur la base de l'examen des indicateurs jurisprudentiels, l'absence d'incapacité de travail sur le plan psychique retenue par les experts apparaît comme étant cohérente avec la situation objective du recourant, celui-ci disposant à l'évidence de ressources personnelles pour surmonter les difficultés liées à ses atteintes à la santé psychique. Les conclusions sur la santé psychique du recourant sont superposables à celles du rapport d'examen SMR du 10 avril 2006. Ainsi, il n'y a pas lieu de retenir d'évolution de l'état de santé du recourant. c) Aussi, convient-il de retenir que, selon les conclusions de l'expertise de Centre Ex. _____, le recourant dispose d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ostéoarticulaires. Le recourant ne démontre pas – au degré de la vraisemblance prépondérante – qu'un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité se soit produit entre le dernier examen matériel du droit à la rente et la décision querellée. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations du 28 novembre 2016. 7. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 4 novembre 2019 être confirmée. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires doivent être arrêtés à 400 fr. et sont mis à la charge de la partie recourante qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI).

- 36 - c) N'obtenant pas gain de cause, la partie recourante ne saurait prétendre à des dépens (art 61 let. g LPGA).

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