

VD_GERICHTE ZD20.022704 vom 22. März 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.022704

FR: VD_GERICHTE ZD20.022704 du 22 mars 2024

IT: VD_GERICHTE ZD20.022704 del 22 marzo 2024

Erwägungen

E. 2

Diagnostics : - Cervico-brachialgies G dans le cadre de : o Dysbalance musculaire et arthropathie acromio- claviculaire G o Tendinopathie du supra-épineux G et du long chef du biceps (depuis 2015) - Lombopyalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs étagés avec importantes dysbalances musculaires (depuis 2004) - Status après para-thyroïdectomie subtotale (2014) - Dyspepsie (depuis 2004) - Syndrome d'apnées du sommeil diagnostiqué depuis début 2017 - trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01 – CIM 10) (2016-2017) - Cervicalgies intermittentes post-traumatiques (1991)

E. 3

0% (zéro) actuellement en raison des cervicalgies et de cervico- brachialgies G. Sur le plan psychologique, il me semble difficile pour lui de soutenir une concentration suffisante pour exercer son activité habituelle.

E. 4

Le problème de M. J. _____ est dû au fait que ses douleurs sont extrêmement fluctuantes et aléatoire, en intensité et en fréquence. Étant donné qu'il est impossible de dire quand il aura mal, il est difficile de prévoir un horaire quel qu'il soit.

- 12 -

E. 4.3

et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au

- 30 - contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce

contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). 6. A titre liminaire, il convient de traiter le grief du recourant s'agissant des compétences des experts W. _____ et B. _____ qu'il remet en cause du fait de leur formation médicale française. Selon lui, ce cursus n'offrirait pas de formation relative à la notion d'invalidité du droit suisse. En l'occurrence, le Dr W. _____ a obtenu les titres de médecin puis de médecin praticien en France. Ces titres ont tous deux été reconnus en Suisse en 2016 et 2019, selon le Registre des professions médicales. Le Dr B. _____ a quant à lui obtenu le titre de médecin, puis le titre de spécialiste en rhumatologie en France, titres qui ont été reconnus en Suisse en 2016. Leurs compétences professionnelles ont ainsi été reconnues en Suisse, et conformément à la jurisprudence, le seul fait que ces médecins aient effectué leur cursus à l'étranger n'affecte pas la valeur probante de leurs avis, une formation spécialisée pouvant également être effectuée à l'étranger (TF 8C_606/2016 du 13 décembre 2016 consid. 4.3 et les références citées). En outre, ils disposent d'une autorisation de pratiquer en Suisse. Les critiques du recourant sur ce point tombent donc à faux. 7. Ensuite, on constatera que l'intimé est entré en matière sur la seconde demande de prestations déposée le 7 avril 2017 par le recourant.

- 31 - Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision du 14 mai 2013 entrée en force et la décision litigieuse du 11 mai 2020, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. a) La décision de refus de prestations du 14 mai 2013 s'était notamment fondée sur un rapport final du 22 novembre 2012 et des avis du SMR des 19 octobre 2007 et 9 février 2012 qui concluaient à une capacité de travail dans l'activité habituelle de 30 % et de 100 % dans une activité adaptée depuis le 2 août 2004 avec une baisse de rendement de

E. 4.4

Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence L'expertisé a œuvré durant nombre d'années comme indépendant, associé à son père, avec lequel il est encore très lié. De personnalité anxieuse, il a tendance à se surinvestir et craint le rejet, la critique ou la confrontation. Il a tendance à se mettre dans une attitude passive et projective, ce qui rend la mise en place d'un traitement antidépresseur délicate. Il rationalise en craignant l'arrêt respiratoire nocturne et les potentiels autres effets secondaires.

E. 4.5

Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge Sur le plan de la médecine interne générale, la situation paraît désormais stabilisée. Il ne semble pas exister de frein à la coopération. Les troubles fonctionnels ont bien été dus à des causes médicales, mais la situation semble actuellement stable.

- 18 - Il perdure cependant des difficultés d'ordre social extrêmement complexes potentiellement limitantes, au même titre que des difficultés à mobiliser les ressources dont l'évaluation relève de l'expert psychiatre. L'expertisé a des capacités et des ressources, il a un CFC de mécanicien sur auto et a bénéficié d'une orientation professionnelle lui ayant permis de trouver un poste dans la protection incendie. Il s'occupe de son père tous les jours en lui faisant les courses et à manger. De plus, il gère tous les gestes de la vie quotidienne chez lui. L'expertisé peut conduire sur de longues distances. Il détient un CFC de mécanicien sur auto et est francophone. Il a pu travailler durant 3 ans dans la protection incendie, après réorientation professionnelle. Il est apte à s'occuper de lui-même et de son

quotidien ainsi que de celui de son père pour qui il fait l'approvisionnement et la cuisine presque tous les jours et dont il gère également les affaires administratives complexes. Il agit en tant que tiers aidant ce qui épuise passablement ses ressources physiques et psychiques. Un potentiel de reprise existe, il reste cependant très sensible à la pression temporelle et de rendement. Une activité stable et partiellement indépendante pourrait potentialiser ses ressources.

E. 4.6

Contrôle de cohérence Les incohérences sont nombreuses entre l'importance des plaintes, la faible consommation d'analgésiques, l'examen clinique sans irradiation et sans signes neurologiques et par ailleurs le fait qu'il vive seul et gère la totalité des gestes de la vie quotidienne, aille voir son père tous les jours pour lui faire les courses et à manger et sa mère deux fois par semaine en EMS. Il y a des incohérences entre l'intensité des plaintes et les activités multiples dont il est capable, notamment la comptabilité complexe des affaires administratives ainsi que les difficultés cognitives et de concentration rapportées. S'agissant de la médecine interne générale, il n'y a pas de limitations de l'activité professionnelle. En l'occurrence, la situation est comparable dans tous les domaines de la vie aussi bien personnelle que professionnelle. Sur le plan de la médecine interne générale, les thérapies correspondant aux symptômes exposés ont été dans l'ensemble suivies. Les symptômes et les atteintes nous paraissent cohérents et plausibles.

E. 4.7

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici 0% depuis décembre 2016.

E. 4.8

Capacité de travail dans une activité adaptée 90% soit 100% avec baisse de rendement de 10% depuis février 2017, en accord avec le Dr F. _____. La capacité globale consensuelle est :

- 19 - 0% du 9.3.2016 (date de l'accident du genou) au 31.08.2016, soit 6 semaines après l'arthroscopie. 90% dès septembre 2016 (100% avec baisse de rendement de 10%) jusqu'à maintenant. 90% également du point de vue psychiatrique dès le début 2017. Capacité de travail de 0% du 10.01.2020 au 04.02.2020 pour cure de hernies.

E. 4.9

Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout) La baisse de rendement de 10% est motivée par l'incapacité rhumatologique et psychiatrique qui ne s'additionnent pas..

E. 4.10

Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail Poursuite des antalgiques et de la physiothérapie. Sur le plan de la médecine interne générale, il n'y a pas de mesures médicales susceptibles d'avoir un impact sur la capacité de travail. Toutefois, la prise d'un traitement anti épileptique, si cela s'avérait nécessaire, aurait un impact favorable sur la capacité de travail. La poursuite d'un suivi psychiatrique est recommandé. La mise en place d'un traitement antidépresseur serait une démarche favorable, en particulier de Venlafaxine ou Duloxétine qui diminue la symptomatologie anxio dépressive et possiblement la perception de la douleur. L'exigence d'un tel traitement aurait

probablement un effet contre-productif. » Par courrier du 6 avril 2020, l'OAI a adressé au représentant de l'assuré une copie du dossier de ce dernier. Dans un avis du 8 mai 2020, le Dr S._____ a considéré que l'expertise était complète, bien détaillée et convaincante et qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Par décision du 11 mai 2020, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité. Dans un courrier séparé du même jour, il a pris position sur les objections de l'assuré. C. Par acte du 15 juin 2020, J._____, par l'intermédiaire de son représentant, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à la

- 20 - réforme de la décision précitée et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er décembre 2017 et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour reprise de l'instruction médicale et nouvelle décision. Il a d'abord fait valoir une violation de son droit d'être entendu du moment qu'il n'avait pas pu s'exprimer sur l'expertise du Centre A._____. Ensuite, il a remis en cause la valeur probante de cette expertise au motif qu'elle contenait des erreurs factuelles, était insuffisamment motivée sur de nombreux points, comportait d'importantes contradictions, ignorait des éléments objectivement vérifiables et avait été réalisée par deux experts dont la formation ne permettait pas de se reposer sur leurs connaissances spécialisées. Il a également remis en cause le calcul du revenu sans invalidité en alléguant que c'était le salaire réalisé au sein de G._____ qui devait être retenu comme salaire de valide et qu'il fallait se fonder sur la moyenne des revenus réalisés compte tenu du fait que son salaire était variable. A l'appui de son recours étaient joints les documents suivants : - un rapport du 11 mai 2020 de la Dre C._____, spécialiste en cardiologie ; - un rapport du 9 juin 2020 du Dr L._____ selon lequel la capacité de travail du recourant était de 0 %, en se basant sur son dernier poste mais que dans une activité adaptée il pourrait avoir une capacité de travail ; - des rapports des 28 février et 23 avril 2020 de la Dre Y._____ et de la psychologue-psychothérapeute FSP A._____ posant les diagnostics de « Trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, avec symptômes somatiques (F33.11), Probable Trouble de la personnalité et du comportement, sans précision (F69) (traits anankastiques ?, émotionnellement labile ?) vs Troubles mixtes de la personnalité (F61.0), Etat de stress post-traumatique (F43.1) » et attestant une capacité de travail de 50 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

- 21 - Dans sa réponse du 20 août 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée en relevant qu'une copie du dossier avait été transmise au représentant du recourant par courrier du 2 avril 2020, soit plus d'un mois avant la décision litigieuse. Répliquant le 25 septembre 2020, le recourant a fait valoir qu'aucun délai ne lui avait été accordé pour se déterminer sur la valeur probante de l'expertise, ni qu'aucun préavis ne lui avait donné avant que la décision de l'intimé ne soit rendue. A l'appui de son écriture, il a produit un rapport du Dr N._____ du 31 juillet 2020 dont il a demandé le remboursement des coûts par 1'378 fr. 60 par le biais des dépens mis à la charge de l'intimé. Par duplique du 15 octobre 2020, l'intimé a relevé que rien n'empêchait le recourant de demander un délai supplémentaire pour produire de nouveaux rapports avant qu'une décision ne soit rendue. Il a produit un avis SMR du 7 octobre 2020. Le recourant s'est encore exprimé par déterminations complémentaires du 2 novembre 2020 et a produit un rapport du 31 octobre 2020 du Dr N._____ dont il a demandé le remboursement des frais par 636 fr. 30 par courrier du 16 novembre 2020. Les parties se sont encore exprimées par écritures des 24 novembre 2020 et 5 janvier 2021. Par courrier du 29 janvier 2024, la

juge instructrice a interpellé la représentante du recourant pour savoir si elle entendait maintenir sa requête tendant à l'audition de celui-ci et à la mise en œuvre de débats publics. Quant à la demande de renseignement sur la composition de la Cour de céans avant la notification de l'arrêt, la juge instructrice a indiqué, par courrier du 11 mars 2024, que la Cour serait composée de M. Oulevey et de Mme Gauron-Carlin. E n d r o i t :

- 22 - 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si son état de santé a connu une aggravation depuis la décision de refus rendue le 14 mai 2013. b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date, à savoir le 11 mai 2020. 3. Sur le plan formel, le recourant a fait valoir qu'aucun préavis ne lui avait été donné avant que la décision de l'intimé ne soit rendue, ni aucun délai pour se déterminer sur l'expertise du 1er avril 2020 du Centre A._____.

- 23 - a) L'art. 57a LAI prévoit que l'office AI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée (première phrase). L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA (deuxième phrase). En l'espèce, force est de constater que l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 30 août 2018, sur lequel l'intéressé a eu l'occasion de se déterminer (cf. courrier de l'assuré du 31 octobre 2018). Ce faisant, l'office a donc satisfait à la procédure visée par l'art. 57a LAI, quoi qu'en dise le recourant. Sous cet angle, le grief formulé n'est donc pas fondé. b) aa) S'agissant du reproche formulé par le recourant quant à l'absence de délai pour se déterminer sur l'expertise du 1er avril 2020, ce grief se rapporte à la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu. Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au

dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Les parties doivent ainsi être informées lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'elles ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 132 V 387 consid. 6.2 et les références citées).

- 24 - Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Cette violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées). bb) En l'espèce, une copie du dossier a été transmise au représentant du recourant par courrier du 6 avril 2020, soit plus d'un mois avant que la décision du 11 mai 2020 ne soit rendue. Il était ainsi tout à fait loisible au conseil de se déterminer ou de demander à le faire. Cela étant, le recourant s'est largement exprimé sur l'expertise pendant la procédure de recours devant la Cour de céans qui jouit d'un plein pouvoir d'examen pour statuer, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 1.3 et la référence citée). Sur ce plan, la violation alléguée du droit d'être entendu doit ainsi être considérée comme guérie devant la présente juridiction et le grief du recourant rejeté. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

- 25 - l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux

d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré

- 26 - d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3). 5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

- 27 - références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

- 28 - d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). e) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). f) aa) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). bb) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

- 29 - cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique

sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid.

E. 5

Il est difficile de donner des limitations fonctionnelles à respecter, car celles-ci varient constamment. En effet, pendant une période le patient pourra effectuer des travaux légers ne nécessitant pas une position statique trop longue et d'autres fois, sans aucun signe annonciateur, ses douleurs l'obligent à rester couché dans une position antalgique.

E. 6

1x/mois j'ai refait des arrêts de travail à 100% au patient, le dernier date du 16.11.2018 validé jusqu'au 31.01.2019, le patient pense être en fin de droits par rapport à son assurance perte de gains.

E. 7

Il existe une atteinte psychiatrique durable comme décrit ci-dessus. Le patient est allé voir un psychothérapeute au Centre de Psychiatrie [...]. Depuis 2017 il n'y a pas eu de nouvelles investigations ni consultation spécialisée (à part le psychiatre [...] dont je n'ai pas de nouvelle.) J'ai adressé tout dernièrement le patient au Swiss [...] (novembre 2018) dont je n'ai pas encore de nouvelle non plus.

E. 8

J'ai de la peine à comprendre comment le patient doit éviter un port régulier de plus de 9 kg et le port d'une charge de plus de 2 à 5 kg comme mentionné dans votre paragraphe de la question 9. Lorsque je lis ce paragraphe, j'ai de la peine à m'imaginer quelle profession peut correspondre à un niveau d'activité aussi faible. Le problème de Monsieur J. _____ est dû au fait que ses douleurs sont extrêmement fluctuantes et aléatoires, en intensité et en fréquence. Etant donné qu'il est impossible de dire quand il aura mal, il est difficile de prévoir un horaire quel qu'il soit, et par conséquent une activité quelle qu'elle soit. A noter que ses loisirs en pâtissent aussi et qu'il doit se restreindre en raison de son problème de santé. En me référant aux limitations fonctionnelles au point 9, en ce qui me concerne, il est difficile de donner des limitations fonctionnelles à respecter, car celles-ci varient constamment. En effet, pendant une période le patient pourra effectuer des travaux légers ne nécessitant pas une position statique trop longue et d'autres fois, sans aucun signe annonciateur, ses douleurs l'obligent à rester couché dans une position antalgique. Les limitations fonctionnelles sont surtout dues à des cervicalgies et cervicobrachialgies G. Sur le plan psychologique, il me semble difficile pour lui de soutenir une concentration suffisante pour exercer une activité. » Le 21 décembre 2018, le Dr T. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès de l'Institut suisse de la douleur, a indiqué que l'assuré présentait un tableau douloureux diffus qui trouvait son origine dans l'accident de voiture avec mécanisme du coup de lapin en 1991, qu'il avait développé par la suite des cervico-brachialgies gauches et que le syndrome douloureux s'était élargi avec des céphalées occipitales, des dorsalgies, lombo-sciatalgies et omalgies à gauche.

- 15 - Dans un rapport du 18 mars 2019 adressé à l'OAI, le Dr T. _____ a posé les diagnostics de cervico-brachialgies gauches et de lombo-pygalgies gauches, s'estimant pour le surplus ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Dans un rapport du 24 juillet 2019, la Dre Y. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré était suivi deux fois par mois par une psychologue-psychothérapeute FSP et une fois par mois par elle-même depuis le 23 février 2019. Elle a posé les diagnostics de « Trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, avec symptômes somatiques (F33.11), Probable Trouble de la personnalité et du comportement, sans précision (F69) (traits anankastiques ?, émotionnellement labile ?) vs Troubles mixtes de la personnalité (F61.0), Diagnostics somatiques : cf. rapports des précédentes demandes AI du 10.04.2006 et 09.05.2017), Etat de stress post-traumatique (F43.1)(?) » et a attesté une capacité de travail de 50 % depuis février 2019. Concernant les limitations fonctionnelles, la Dre Y. _____ a indiqué que, sur le plan psychiatrique, l'assuré présentait des troubles dans la gestion des émotions en lien avec les douleurs somatiques et le sentiment d'injustice, une fatigabilité accrue, une irritabilité, un manque de motivation, un léger trouble de l'attention et un perfectionnisme. S'agissant du pronostic, la Dre Y. _____ a mentionné que : « Le pronostic est réservé. La situation psychiatrique et le contexte psychosocial sont extrêmement complexes. Etant donné le lien entre la douleur physique ressentie et les troubles psychiques évoqués, nous estimons que le trouble dépressif récurrent est une conséquence des années de souffrances somatiques, par moment non reconnues par le corps médical, mais également par le contexte social du patient. En effet, plus M. J. _____ présente de douleurs physiques, plus il aura tendance à perdre l'espoir, à être irritable, à abandonner les activités de plaisir, à avoir une humeur plus négative et à avoir des comportements impulsifs notamment avec le corps médical ou le personnel et celui qui s'occupe de ses parents (médecins, EMS, CMS, etc.). En parallèle, M. J. _____ présente également des traits de personnalité qui se sont manifestement rigidifiés et devenus plus envahissants au cours des dernières années. Cela rend difficile l'amélioration du trouble dépressif récurrent et également la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique. M. J. _____ présente des traits qui parleraient en faveur d'un trouble de la personnalité anankastique tel qu'une préoccupation par le détail les règles à l'ordre et l'organisation, un perfectionnisme, un discours recherché, une rigidité. Mais également des traits en faveur d'un trouble de

- 16 - la personnalité émotionnellement labile de type impulsif tel que la difficulté dans la gestion des émotions fortes, des relations intenses et instables et un sentiment de persécution. Nous n'avons pas assez d'élément pour parler d'un Etat de stress post-traumatique (F43.1), cependant l'accident de voiture de 1991 et les séquelles physiques (douleurs) ont très probablement un poids traumatique pour M. J. _____. Il souffre d'un grand sentiment d'injustice face aux conséquences physiques ; le discours peut être très focalisé sur l'accident de 1991 et il peut exprimer une détresse en parlant des faits (tristesse et angoisse). Ainsi, l'ensemble des troubles somatiques et psychiatriques rend difficile la prévision d'une évolution de santé de M. J. _____ aujourd'hui. » Dans son avis du 25 octobre 2019, le Dr S. _____ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant la médecine interne, la rhumatologie et la psychiatrie. L'OAI a dès lors entamé la procédure en vue de la désignation d'un centre d'expertise. Le mandat d'expertise a ainsi été confié au Centre A. _____, respectivement aux Drs W. _____, médecin praticien, M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et B. _____, spécialiste en rhumatologie. Les experts du Centre

A. _____ ont vu l'assuré les 5 et 12 février 2020 puis ont déposé un rapport d'évaluation consensuelle le 1er avril 2020, comprenant une évaluation consensuelle (faite après une conférence du 12 février 2020), trois expertises spécialisées et une synthèse du dossier. On extrait ce qui suit de l'évaluation consensuelle : « 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail Diagnostics avec impact sur la capacité de travail : - Syndrome fémoro-patellaire du genou droit M22.2 - Névralgie cervico-brachiale gauche C8-D1 sur trouble dégénératif M51.3 - Douleur lombaire sans irradiation sur trouble dégénératif M51.9 - Douleurs d'épaule gauche sur arthropathie acromio-claviculaire M19.98 - Trouble anxieux et dépressif mixte F41.1 - Majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques F68.0 - Traits de personnalité mixte (anxieuse, émotionnellement labile) accentués Z73.1 Diagnostics sans impact sur la capacité de travail : - Status après arthroscopie du genou droit et ménisectomie en juillet 2017 - Comitialité (sous forme d'absences) non traitées actuellement - Rhinite pollinique (graminées) - Myopie - Apnées du sommeil

- 17 - - Hypertension artérielle - Presbytie - Hémorroïdes - Diverticulose colique.

E. 10

S'agissant des requêtes du recourant tendant à son audition et à la mise en œuvre de débats publics, il y a lieu de constater que ce dernier y a renoncé par courrier de sa mandataire du 29 janvier 2024. Quant à sa demande de renseignement sur la composition de la Cour de céans, la juge instructrice y a fait suite par courrier du 11 mars 2024.

E. 11

a) Le recourant requiert la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement des rapport du Dr N. _____ des 31 juillet et 31 octobre 2020 s'élevant à 1'378 fr .60 et 636 fr. 30. b) L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées

- 45 - ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 9C_619/2021 du 12 septembre 2022 consid. 6.2 ; 8C_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2 ; ATF 115 V 62 consid. 5c). c) En l'occurrence, les rapports du Dr N. _____ n'ont, comme le démontre la motivation du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour infirmer la position de l'office intimé. Dès lors que ces rapports n'étaient pas indispensables à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'office intimé.

E. 12

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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