

VD_GERICHTE ZD20.035773 vom 19. Oktober 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.035773

FR: VD_GERICHTE ZD20.035773 du 19 octobre 2022

IT: VD_GERICHTE ZD20.035773 del 19 ottobre 2022

Erwägungen

E. 17

janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 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. b) 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).

- 16 - 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 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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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).

- 17 - c) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1). 6. a) En l'espèce, la décision attaquée retient que le recourant dispose d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis l'âge légal pour l'exercice d'une telle activité. Cette constatation se fonde sur l'examen clinique rhumatologique pratiqué par le Dr D. _____ du SMR et les conclusions de son rapport daté du 21 janvier 2020, dont il convient d'examiner la valeur probante. b) Le Dr D. _____ du SMR a reçu le recourant et procédé à un examen clinique complet, détaillé dans son rapport (status général, neurologique et ostéoarticulaire). Il a établi l'anamnèse familiale, scolaire et professionnelle du recourant, puis listé et résumé les différents documents médicaux qui étaient à sa disposition depuis la période de 2004 à 2019, comprenant les rapports des Drs X. _____ et M. _____. Il a également pris connaissance du dossier radiologique du recourant et listé ses plaintes ostéoarticulaires. Il s'est en outre renseigné sur les habitudes du recourant, sa vie quotidienne, ses loisirs et son contexte psychosocial. aa) Se fondant sur ses constats cliniques et sur les documents médicaux à sa disposition, le Dr D. _____ a retenu le diagnostic principal incapacitant de lombo-pseudo-sciatalgies gauches dans le cadre de discrètes discopathies, prédominant en L3 et L4 et d'arthrose des articulations postérieures, prédominant également en L3 et L4, et comme diagnostics associés, des cervico-scapulalgies bilatérales non déficitaires dans le cadre d'un remaniement dégénératif des articulations postérieures en C3-C4 et uncovertébrales en C5-C6 ainsi que de nanisme

- 18 - hypochondroplasique ; ces diagnostics ne sont pas contestés par le recourant ou ses médecins, les Drs X. _____ et M. _____, retenant tous deux les mêmes diagnostics incapacitants ainsi que les mêmes limitations que l'examineur du SMR avec une appréciation différente quant à la capacité de travail du recourant. bb) Le Dr D. _____ a motivé son appréciation médicale et expliqué sur quels points et pourquoi il s'écartait de l'avis du Dr X. _____, de manière convaincante. Il a relevé en particulier que l'extension cervicale était discrètement diminuée par rapport à l'expertise de 2005 (cf. rapport d'expertise du Prof. V. _____ du 31 octobre 2005). L'extension diminuait de 15 à 14 cm. Les rotations et les inclinaisons latérales étaient cependant conservées. Par rapport à 2005, la flexion lombaire avait également légèrement diminué. Elle était passée de 15 cm à 14.5 cm. Il n'y avait pas de radiculopathie irritative ni déficitaire. L'examen des épaules et des coudes était sans particularité. Il relevait une brachydactylie de tous les doigts et des orteils dans le cadre d'un nanisme. L'examen des hanches et des genoux était sans particularité. Le recourant signalait des douleurs diffuses de la cheville gauches (déjà mentionnées dans le

rapport d'expertise du Prof. V. _____), sans qu'il ne retrouve d'instabilité de la cheville. La faible force de préhension aux deux mains lors du test de Jamar, avec des valeurs qui fluctuaient, était le reflet d'une participation insuffisante du recourant. Ces fluctuations étaient également relevées par le Prof. V. _____ (cf. rapport médical du 25 avril 2006), qu'il qualifiait de légère surcharge fonctionnelle. Sur le plan médico-asséculo-logique, il y avait lieu de considérer ceci comme une incohérence. La diminution diffuse de la sensibilité de l'hémicorps gauche ne concordait pas non plus avec une lésion organique. En l'absence de radiculopathie irritative ou déficitaire, le Dr D. _____ qualifiait les douleurs du membre inférieur gauche de pseudo-sciatalgies et non pas de sciatalgies. Dans les rapports du 12 janvier 2019 et du 14 septembre 2019, le Dr X. _____ diagnostiquait

- 19 - des lombosciatalgies gauches dans un contexte notamment de conflit vis-à-vis de la racine L3 gauche. Toutefois, un conflit de la racine L3 ne pouvait pas provoquer de sciatalgies. Le territoire de la racine L3 ne correspondait pas à la localisation des douleurs signalées par le recourant. Les cervico-scapulalgies bilatérales, aussi diagnostiquées par le Dr X. _____ (cf. rapports du 12 janvier 2019 et du 14 septembre 2019), étaient également considérées comme incapacitantes en raison de signes de surcharge des articulations postérieures en C3-C4 et uncovertébrales en C5-C6. Le nanisme hypochondroplasique limitait la préhension des objets en raison d'un raccourcissement des doigts. Cette limitation était également mentionnée par le Prof. V. _____ dans son rapport d'expertise. La tendinose bilatérale des sus-épineux, la bursite sous-acromio-deltoïdienne bilatérale et l'arthropathie acromio-claviculaire, diagnostiquées par le Dr X. _____ dans les rapports du 12 janvier 2019 et 14 septembre 2019, étaient objectivées par l'échographie des épaules du 25 octobre 2018. Ces différentes pathologies étaient actuellement asymptomatiques (cf. examen des épaules). Elles ne justifiaient pas de limitations fonctionnelles. A noter que les limitations en rapport avec l'atteinte de la colonne cervicale permettaient également de diminuer les contraintes mécaniques exercées sur les épaules. Le Dr X. _____ mentionnait un profil hyperlaxe. Le score de Beighton était toutefois très en dessous du seuil pour retenir un diagnostic de syndrome bénin d'hypermobilité articulaire. Les douleurs de la cheville gauche, que le recourant mettait en lien avec une entorse survenue il y a une dizaine d'années, étaient plus anciennes dès lors que le Prof. V. _____ les mentionnait dans son rapport d'expertise de 2005. Au vu de l'aisance qu'avait le recourant à marcher sur les talons et la pointe des pieds, à monter et descendre un étage d'escaliers, ces douleurs n'étaient pas incapacitantes. Le kyste du faisceau dorsal du ligament scapho-lunaire, décrit dans le rapport de l'IRM du 27 février 2013, était asymptomatique. Il n'était pas incapacitant. L'arthrose interphalangienne distale du majeur de la main gauche n'empêchait pas la préhension. Seule une pression exercée sur la nodosité dorsale provoquait des douleurs. Cette arthrose n'était pas incapacitante. Par rapport à l'expertise du Prof. V. _____, le

- 20 - Dr D. _____ relevait quelques changements du tableau clinique, avec la présence de pseudo-sciatalgies gauches, de cervico-scapulalgies. Concomitant de l'incapacité de travail dans l'activité de maraîcher indépendante exercée de 2007 à 2009 en raison des ports de charges et des postures debout prolongées, le Dr D. _____ constatait que, malgré les douleurs, le recourant conservait des ressources physiques. Il n'était pas limité dans ses tâches ménagères, ce que confirmait le Dr X. _____ dans son rapport du 14 septembre 2019. Pour quitter son domicile, il devait d'ailleurs descendre trois étages d'escaliers, il faisait ses commissions, restait hors du domicile pendant 1 à 2 heures et se déplaçait

souvent à pied à Lausanne. Au vu des ressources physiques conservées et de l'examen clinique rassurant, le Dr D. _____ a estimé que le recourant conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée se déroulant principalement en position assise, avec possibilité de se lever par intermittence, sans port de charges au-delà de 10 kg et sans activité en hauteur. c) Les pièces médicales produites, tant antérieurement que postérieurement à l'examen réalisé par le Dr D. _____ ne font pas état d'éléments susceptibles de mettre en doute le bien-fondé des conclusions du SMR. aa) Avant l'examen clinique au SMR, le médecin traitant du recourant ne s'était pas prononcé de manière claire sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, le Dr X. _____ a indiqué, par rapport du 12 janvier 2019, que son patient avait dépassé ses compétences physiques et ne pouvait pas retourner dans le domaine professionnel à un poste non adapté, surtout en cas d'exposition à des mouvements répétitifs et des charges. Appelé à se déterminer sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, le Dr X. _____ a réaffirmé que l'activité de soudeur/ferrailleur n'était plus exigible et qu'une adaptation du poste de travail était nécessaire ; par contre, il ne

- 21 - s'est pas prononcé sur le taux de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (cf. rapport du 14 septembre 2019). Interpellé à nouveau sur cette question, le Dr X. _____ a estimé la capacité de travail du recourant à 50 % dans une activité professionnelle offrant des alternances posturales sans port de charges, à un poste dit ergonomique prenant en compte son morphotype (cf. rapport du 23 octobre 2019), sans toutefois préciser les raisons qui justifieraient d'exclure une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. bb) Postérieurement audit examen, le recourant a produit un rapport du 6 mai 2020 du Dr M. _____, évaluant sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % au maximum, tout en retenant les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr D. _____. Il n'a pas critiqué l'appréciation médicale du Dr D. _____ ni les diagnostics posés, ni avancé d'élément objectif dont il n'aurait pas ou mal été tenu compte. Son estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée, à 50 % au maximum, sans motivation, ne permet pas de remettre en question l'évaluation du Dr D. _____. Comme relevé dans la correspondance du 24 juillet 2020 de l'intimé, ce document reflète une appréciation différente d'un même état de fait quant à la capacité de travail. Par ailleurs, dans son rapport du 20 décembre 2004, le Dr M. _____ avait estimé la capacité de travail du recourant à 50 % dans une activité adaptée. Cette appréciation avait été infirmée par l'expertise du Prof. V. _____, laquelle avait donné lieu à la décision de refus de prestation du 13 juin 2008 et à la décision de refus d'entrée en matière du 8 septembre 2014, entrées en force. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

- 22 - d) Ainsi, aucun avis médical probant, antérieur ou postérieur à l'examen clinique du SMR, ne vient mettre en doute, même faiblement, les constatations et conclusions du Dr D. _____, qui emportent conviction. Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'examen du SMR remplit les requis juridiques pour se voir reconnaître une valeur probante entière. Dès lors, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail de

100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. e) Enfin, il y a lieu de relever qu'il existe de nombreuses activités compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, dans lesquelles il pourra mettre en valeur sa capacité de travail, telles que celles que l'intimé a mentionné dans sa feuille de calcul du

E. 19

février 2020. 7. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, la mise en œuvre d'une expertise sollicitée par le recourant (cf. mémoire de recours du 14 septembre 2020), n'est pas de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). 8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 23 - d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Hämmerli peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations communiquée le 16 février 2021, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'100 francs, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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