

VD_GERICHTE ZD21.021791 vom 7. Juli 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-07-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.021791

FR: VD_GERICHTE ZD21.021791 du 7 juillet 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.021791 del 7 luglio 2022

Erwägungen

E. 6

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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 19 - 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). 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 asséurologique. 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. 7

En l'espèce, l'OAI a retenu que le recourant présentait depuis le 21 avril 2017 une incapacité de travail ininterrompue dans son activité de peintre en bâtiment, mais qu'à partir

du 22 juillet 2017, une pleine capacité de travail pouvait être exigée de lui dans une activité adaptée

- 20 - sans efforts physiques intenses. Il fixait à 8.46 % son degré d'invalidité. L'OAI estimait que le recourant pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger ne nécessitant aucune formation particulière. Le recourant reproche à l'OAI de ne retenir que partiellement l'expertise, dont il met par ailleurs en doute la valeur probante. Il considère que l'avis du Dr N. _____ doit être retenu et qu'à défaut, une instruction complémentaire doit être ordonnée auprès d'un autre expert. a) A l'appui de sa demande de prestations AI déposée le 14 mai 2018, le recourant a indiqué comme principal motif des hernies (inguinale et ombilicale). Il a également indiqué qu'il était en incapacité de travail à 100 % depuis mars 2017 pour cause d'une hernie inguinale, dans le formulaire de détection précoce dans le cadre de l'AI. b) Les rapports successivement rédigés par le Dr N. _____, en qualité de spécialiste en chirurgie viscérale, mentionnent les diagnostics de hernies (inguinale puis ombilicale) essentiellement posés dès avril 2017. En sus, d'autres diagnostics se sont progressivement ajoutés : une allodynie ombilicale puis sous-ombilicale à partir de l'automne 2017, l'excision de cicatrice et de lipome sous-cutané en juillet 2018, des douleurs testiculaires d'origine indéterminée et d'éventuelles paresthésies aux quatre membres ainsi qu'une récurrence asymptomatique de hernie inguinale suivie d'une allodynie ombilicale persistante selon les rapports du Dr N. _____ d'octobre 2018, puis une récurrence de hernie inguinale gauche symptomatique d'après son rapport du 20 novembre 2018, qui précise que celle-ci est due au fait que le recourant avait soulevé des bidons de 25 kg, et, enfin, une aggravation des douleurs inguinales gauches en août 2019. A chaque fois, ces nouveaux diagnostics ont justifié la prolongation de son arrêt de travail et de nouveaux traitements (scanner abdominal, médication, traitement neurosensoriel, ergothérapie, physiothérapie de rééducation neurosensitive, examens par des

- 21 - spécialistes en urologie, en neurologie et en anesthésiologie et soins intensifs, etc.). Cette augmentation croissante du nombre de diagnostics au fil du temps contraste avec les conclusions de chacun des rapports du Dr N. _____ qui font état d'interventions sans complication, de suites opératoires immédiates simples, d'un arrêt progressif de la médication prescrite et d'une évolution favorable de sa situation médicale, pronostiquant même une récupération complète dès le début de l'année 2019 (voir ses rapports des 9 et 17 octobre 2018). Le scanner de l'abdomen n'a mis en évidence aucune anomalie claire (voir rapport du Dr N. _____ du 4 septembre 2017). Le Dr W. _____, spécialiste en neurologie, a simplement proposé le port d'une coudière légère pendant trois mois, dans son rapport du 10 septembre 2018. Le Dr S. _____, spécialiste en anesthésiologie et en soins intensifs, a estimé que les valeurs indicatives de douleurs neuropathiques étaient probablement surévaluées compte tenu de l'état général du patient, que ses plaintes étaient variables et inconsistantes et qu'il n'y avait pas d'indication à une antalgie interventionnelle, selon son rapport du 5 mars 2020. A côté des diagnostics susmentionnés et antérieurement à ceux-ci, le Dr N. _____ a fait état d'autres diagnostics, parmi lesquels celui de « probable trouble dépressif ». Il a demandé, dans son rapport de juin 2017, au médecin traitant du recourant d'organiser un soutien psychologique. Dans son dernier rapport figurant au dossier, daté du 8 novembre 2009, le Dr N. _____ a listé les diagnostics sans spécifier leur impact sur la capacité de travail du recourant. La première liste de ses diagnostics consiste en une énumération des actes médicaux que ce praticien a

réalisés dans le cas du recourant. La deuxième liste contient d'autres diagnostics que le Dr N._____ apparaît avoir repris sur la base

- 22 - des indications données par le recourant et/ou tirées du dossier médical de ce dernier, sans autre précision. c) Le médecin traitant du recourant, la Dre T._____, a mentionné, dans son rapport du 7 septembre 2018, les mêmes diagnostics que ceux posés par le Dr N._____, ainsi que les plaintes émises par le recourant. Elle considérait alors qu'il était en incapacité de travail depuis décembre 2016 environ dans sa dernière activité de plâtrier-peintre, mais qu'il présentait une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée tenant compte de limitations fonctionnelles permanentes depuis le 21 avril 2017, tout en n'excluant pas une amélioration de son état de santé. Dans son rapport du 20 décembre 2019, elle estimait toujours qu'il se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 21 avril 2017 dans sa dernière activité, mais elle évaluait alors sa capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée depuis le 15 décembre 2019, indiquant à titre de limitations fonctionnelles le port de charge et la station assise prolongée. Seul le diagnostic de douleurs inguinales bilatérales est indiqué comme ayant une répercussion sur la capacité de travail depuis avril 2017. Dans ses différents rapports, la Dre T._____ n'indique pas avoir organisé un soutien psychologique, ni n'évoque une quelconque atteinte à la santé psychique incapacitante dans le cas du recourant. d) Sur la base des rapports médicaux disponibles et des précisions demandées à la Dre T._____, le Dr M._____, du SMR, n'a pas retenu de pathologie incapacitante, hormis éventuellement les hernies, pour lesquelles il a estimé qu'une expertise en chirurgie viscérale était nécessaire afin de pouvoir évaluer objectivement l'incapacité de travail (voir ses avis des 7 novembre 2019 et 28 avril 2020). e) L'expertise médicale établie par le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie viscérale, a conclu à une capacité de travail totale dans une activité modérément exigeante sur le plan physique. Il évaluait également les capacités du recourant comme étant pleines dans ses activités quotidiennes, que ce soit pour conduire, faire les courses, s'occuper de

- 23 - son ménage, voir des amis et pratiquer ses hobbies. L'expert posait le diagnostic de « douleurs après cure de hernie inguinale gauche » avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi que les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de reflux gastro-œsophagien, d'otite moyenne et de probable addiction aux opiacés. Ce praticien estimait, après le type de chirurgie subie par le recourant pour ses hernies, qu'une incapacité de trois mois pouvait être admise, ce qu'avait d'ailleurs montré, selon lui, le fait que l'assuré puisse porter au mois d'octobre 2018 des charges de 25 kg (voir également sur ce point le rapport du Dr N._____ du 27 juillet 2017 qui fait également état d'efforts abdominaux effectués par le recourant). Il considérait que les douleurs dont le recourant se plaignait et qui avaient évolué au fil du temps n'avaient ni substrat organique, ni logique. L'expert observait en effet que ces douleurs étaient localisées sur le territoire du nerf fémoral, alors que celui-ci n'était pas touché par une cure de hernie inguinale, et que les douleurs n'étaient pas présentes la nuit, durant des trajets en voiture, les activités de loisir et au cours de son entretien de deux heures avec le recourant, ce qui lui paraissait incohérent. Par ailleurs, le spécialiste mettait en évidence des contradictions entre, d'une part, l'attitude et l'aspect général du recourant et, d'autre part, ses plaintes et les doses de tramadol qu'il déclarait prendre. Il constatait que l'état général de l'assuré était, de manière générale, objectivement bon et ne correspondait pas à celui d'une personne habituée à de telles doses d'opiacés. Le Dr Q._____ relevait que le recourant consultait relativement peu et que les consultations coïncidaient avec le renouvellement des ordonnances et des arrêts de

travail. Enfin, il ne décelait aucun désaccord sur le diagnostic et le traitement du recourant dans l'analyse du dossier, bien qu'il eût employé les termes de dépendance aux opiacés à la place de celui d'allodynie utilisé par le Dr N._____. On relèvera que l'expert a examiné le patient et détaillé un status complet, considéré ses plaintes, pris connaissance des avis émis par les différents médecins qui avaient été appelés à s'en occuper, établi

- 24 - une anamnèse complète, étudié le dossier médical et posé un diagnostic. Son appréciation médicale est claire, détaillée et motivée. Au vu de ces éléments, l'expertise du Dr Q._____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante conformément aux critères jurisprudentiels applicables. L'argument du recourant qui soutient que l'expertise serait dépourvue de valeur probante tombe à faux. Comme exposé ci-dessus, le rapport d'expertise se fonde sur un examen complet et sur les rapports médicaux des Drs N._____, T._____, W._____, S._____. Il prend en considération les diagnostics posés par ces praticiens et les diverses plaintes du recourant. Le fait que le Dr Q._____ se soit exprimé sur la situation du recourant, son état général, son attitude et ses déclarations, correspond aux tâches d'un expert qui doit contribuer à établir l'état de fait. Ainsi, il incombe précisément à l'expert de se déterminer au sujet des atteintes à la santé d'une personne assurée et de leurs éventuels impacts sur sa capacité de travail et/ou d'accomplir ses travaux habituels. Dans ce contexte, il faut rappeler que la jurisprudence a reconnu qu'il peut être judicieux, voire même nécessaire, qu'un expert ne limite pas artificiellement les bases de son évaluation aux éléments qui relèvent de son domaine de spécialisation, dans l'intérêt d'une évaluation probante et reflétant de manière fiable les circonstances des faits (TF 9C_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.3 ; TF 9C_621/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.2.2), par exemple en cas d'atteintes psychosomatiques. Dans le cas d'espèce, il ressort clairement de l'expertise que le Dr Q._____ a identifié au terme de son évaluation médicale et médico- assurantielle, y compris de la situation psychique et sociale du recourant, plusieurs incohérences entre les douleurs dont il se plaint et les faits. A cet égard, il faut rappeler que le Dr N._____ signalait lui-même des douleurs mal systématisées et évoluant en fonction de l'entretien (voir son rapport du 2 juillet 2018) et que le Dr S._____

- 25 - relatait des plaintes variables et inconsistantes (voir son rapport du 5 mars 2020). f) Dans son avis du 30 septembre 2020, le Dr M._____ du SMR s'est rallié aux conclusions de cette expertises et a retenu que la capacité de travail du recourant était pleine dans son activité habituelle avec un aménagement du poste de travail, de même que dans une activité adaptée avec une limitation modérée des efforts physiques. Le Dr M._____ juge le diagnostic de probable dépendance aux opiacés contradictoire avec la description faite par l'expert d'un assuré en pleine forme, sans signe d'intoxication aux opiacés. Ni l'expert, ni le Dr M._____ ne relèvent d'atteinte psychiatrique incapacitante. Au contraire, l'absence de recours psychiatrique et une pleine capacité du recourant dans sa vie privée décrits dans l'expertise amènent le SMR à renoncer délibérément à compléter l'expertise par un volet psychiatrique. On ne voit donc pas en quoi l'expertise n'aurait été que partiellement retenue par l'OAI en ce qui concerne une éventuelle affection psychiatrique, comme le prétend le recourant. g) Il faut ajouter que le recourant ne produit pas de nouveau rapport médical qui remettrait en question les conclusions de l'expert. En particulier, il ne présente aucun rapport du Dr X._____, spécialiste en chirurgie viscérale, qu'il a manifestement consulté (voir lettre du Dr P._____ du 3 mars 2021). Ce dernier l'a adressé à un neurologue qui a émis l'hypothèse d'une atteinte d'une branche

sensitive avec des douleurs neurogènes locales, en écartant d'autres hypothèses d'atteinte nerveuse périphérique et d'atteinte des fibres motrices émanant du nerf ilio-inguinal gauche. Le médecin ne formule toutefois aucun diagnostic. Le recourant n'a pas produit non plus un quelconque avis médical d'un spécialiste en psychiatrie et/ou psychothérapie qui émettrait un diagnostic quant à une éventuelle affection à sa santé psychique. Par ailleurs, le recourant n'a, à aucun moment, allégué souffrir de tels troubles et/ou consulter à cet effet un(e) psychologue ou psychiatre. Enfin, le

- 26 - recourant ne fournit, par ailleurs, aucun résultat d'une quelconque analyse de sang qui permettrait, le cas échéant, de démontrer une addiction aux opiacés. h) Au vu de ce qui précède, c'est à raison que l'intimé a retenu une capacité de travail entière du recourant dans une activité adaptée sans efforts physiques intenses, ce qui correspond, selon sa décision du 19 avril 2021, à un degré d'invalidité de 8.46 %. Conformément à l'art. 16 LPGA, ce taux d'invalidité a été évalué sur la base des données salariales statistiques en comparant, d'une part, un revenu sans atteinte à la santé à 100 % de CHF 70'331.22 correspondant au salaire d'un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la construction avec, d'autre part, un revenu avec atteinte à la santé de CHF 64'378.34 correspondant au salaire d'un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services à 100 % de CHF 67'766.67 tenant compte d'un abattement de 5 % eu égard à l'âge du recourant. Celui-ci ne conteste pas le calcul effectué par l'OAI, qui peut effectivement être confirmé. Il sied de rappeler également que l'OAI a accordé au recourant une aide au placement par communication du 26 octobre 2020 et y a mis fin le 8 décembre 2020, compte tenu du fait que le recourant a renoncé à cette mesure prévue à l'art. 18 LAI. Conformément à l'art. 7 al. 2 LAI, l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles, notamment les mesures d'ordre professionnel. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a souligné, la personne assurée n'a pas seulement le droit mais aussi l'obligation de participer aux mesures raisonnablement exigibles (ATF 145 V 2 consid. 4.3.1). Il faut ainsi retenir que des mesures d'ordre professionnel ont été tentées par l'OAI, mais qu'elles n'ont pas été mises à profit par le recourant. Ce dernier soutient qu'en raison de son état de santé, il ne se sentirait pas apte à reprendre une activité professionnelle adaptée. Or, aucune pièce dans le dossier ne vient corroborer ses allégations. Au contraire, les différents rapports médicaux figurant dans le dossier attestent tous d'une capacité de travail dans une activité adaptée.

- 27 - i) En conclusion, il y a lieu d'admettre l'existence d'une pleine capacité de gain dans une activité adaptée. C'est ainsi à bon droit que l'office intimé a jugé que les conditions pour le droit à la rente n'étaient pas remplies.

E. 8

Une nouvelle expertise apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant doit dès lors être rejetée. Selon la jurisprudence relative à l'appréciation anticipée des preuves, lorsque l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 136 I 229 consid. 5.3 ; 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d). Assureur et juge peuvent ainsi renoncer à effectuer des actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a), ils sont convaincus que des faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et

que des mesures probatoires supplémentaires ne pourraient plus modifier cette appréciation (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). On rappellera que l'expertise du Dr Q._____ ne remet pas en question l'avis de son confrère N._____ et que ce rapport a été pris en compte dans sa globalité par l'intimé. Dans la mesure où aucun des médecins consultés par le recourant ne fait état d'une quelconque atteinte psychique incapacitante, on ne voit pas quel élément supplémentaire pourrait apporter une expertise psychiatrique qui serait réalisée plus de cinq ans après le début de l'incapacité de travail initiale. Les constatations médicales objectives recueillies dans ce dossier suffisent à convaincre de l'absence d'effets incapacitants d'une quelconque atteinte psychique dont le recourant ne s'est au surplus jamais plaint.

- 28 -

E. 9

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 19 avril 2021, 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. La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant 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 [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). c) 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.