

## **VD\_GERICHTE ZD21.039676 vom 6. November 2023**

VD Tribunal cantonal, 2023-11-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD21.039676](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.039676)

FR: VD\_GERICHTE ZD21.039676 du 6 novembre 2023

IT: VD\_GERICHTE ZD21.039676 del 6 novembre 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

juillet 2010. Du fait de la persistance des douleurs, l'assuré a également subi trois infiltrations au poignet gauche sans réelle amélioration. Au contrôle radiologique, aucune lésion osseuse ni instabilité du carpe n'était relevée. Le Dr G. \_\_\_\_\_ posait alors un diagnostic de

- 3 - douleurs chroniques post-opératoires avec une probable persistance d'une synovite du FCR. Entretemps, l'assuré a bénéficié de mesures professionnelles auprès de l'E. \_\_\_\_\_ (communication AI du 5 juillet 2013), notamment sous la forme d'un stage dans un magasin de vélo. Dans un rapport SMR du 16 août 2013, le Dr S.O. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI a constaté l'absence d'incapacité de travail. Par décision du 7 novembre 2013, confirmant un projet de décision du 28 août 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 26 mars 2013, motif pris que l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail entière dans toutes activités. B. Par courrier recommandé du 8 janvier 2015 à l'office AI, l'assuré a transmis un rapport du 9 décembre 2014 du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main au Y. \_\_\_\_\_, lequel retenait les diagnostics de douleur chronique du FCT au poignet gauche, de status post résection d'un kyste arthrosynovial palmaire gauche à deux reprises en 2010 et de status post contusion du poignet gauche en décembre 2009. Ce spécialiste concluait à des douleurs chroniques d'origine indéterminée et n'a pas émis de proposition thérapeutique. A défaut de données médicales ayant rendu plausible une péjoration notable et durable de l'état de santé depuis la décision du 7 novembre 2013 (cf. avis SMR du 25 février 2015), l'OAI n'est pas entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assurance- invalidité par décision du 1er mai 2015. C. L'assuré a déposé le 26 juillet 2017 une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI.

- 4 - A défaut de nouvelles pièces médicales ayant rendu plausible une péjoration notable et durable de l'état de santé depuis la décision du 7 novembre 2013, l'OAI n'est pas entré en matière sur la troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité par décision du 24 novembre 2017. D. L'assuré a participé à un programme de Cybercafé auprès de l'UA. \_\_\_\_\_. En raison d'une évolution défavorable de l'état de santé de l'assuré, l'UA. \_\_\_\_\_ l'a annoncé en détection précoce auprès de l'OAI le 30 juillet 2019 et transmis les rapports du 15 juillet 2019 du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin assistant auprès de Y. \_\_\_\_\_, du 29 mars 2019 du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au Y. \_\_\_\_\_, du 14 février 2019 du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie dans le même centre, et du

#### **E. 17**

novembre 2017 du Dr V. \_\_\_\_\_ et de la Dre W. \_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en neurologie au Y. \_\_\_\_\_. L'assuré a déposé le 27 septembre 2019 une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI. Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli un rapport médical auprès des Drs D.B. \_\_\_\_\_ et D.C. \_\_\_\_\_, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie au D. \_\_\_\_\_, lesquels ont retenu dans leur rapport du 30 octobre 2019 le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.1) présent depuis « au moins mai 2018 » et estimé que leur patient disposait d'une pleine capacité de travail du point de vue psychique. L'OAI a également recueilli des renseignements auprès des médecins traitants de l'assuré, à savoir le rapport du 24 août 2020 du Dr C. \_\_\_\_\_ et le rapport du 30 septembre 2020 du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale à Y. \_\_\_\_\_.

- 5 - Après avoir sollicité le SMR (avis du 9 décembre 2020 du Dr S. \_\_\_\_\_), l'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique dont il a confié la réalisation au Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale. Dans son rapport d'expertise du 30 avril 2021, le Dr N. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de status post contusion en juillet 2019, de status post multitude de blocs de branches en 2017 et 2018 et de status post pose d'un neurostimulateur en mars 2019 (p. 14, ch. 6.1). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des omalgies à droite sans signe de conflit ou de tendinopathie. Il a retenu que l'activité habituelle de casseroles n'était plus exigible (p. 18, ch. 8.1/c). Le Dr N. \_\_\_\_\_ a estimé que, d'un point de vue strictement rhumatologique et sous réserve d'une expertise psychiatrique (sur cette question, cf. pp. 15, 16 et 17), l'assuré voyait sa capacité de travail réduite de 10 % dans une activité adaptée sans port de charges répétitif avec le membre supérieur gauche et sans mouvements de préhension du poignet gauche ni de mouvements du coude gauche (p. 19, ch. 8.2/a). Dans un rapport du SMR du 28 mai 2021, le Dr S. \_\_\_\_\_ a confirmé l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le début de l'année 2017 et la capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par le Dr N. \_\_\_\_\_. Par projet de décision du 31 mai 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, motif pris qu'il présentait un degré d'invalidité de 10 % calculé sur la base de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), lequel excluait le droit à la rente et aux mesures professionnelles. Le 18 juin 2021, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné. Dans le cadre de la procédure d'audition, il a produit un rapport du 16 juin 2021 du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès de Y. \_\_\_\_\_, lequel mentionnait des douleurs chroniques neuropathiques au bord radial du poignet gauche, des séquelles de CRPS

- 6 - de type II, compliqué d'une maladie de Südeck avec extension à l'ensemble du membre supérieur gauche entraînant une incapacité presque complète de ce membre avec une amyotrophie clinique et la nécessité d'un recours à une antalgie par opioïdes, une tendinopathie de l'épaule droite par sur-sollicitation compensatrice et un syndrome dépressif modéré. Ce médecin estimait la capacité de travail à trois heures par jour. Dans un avis du 20 août 2021, le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que le rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément en faveur d'une aggravation ou d'une atteinte à la santé qui n'aurait pas été pris en considération dans le cadre de l'instruction. Par décision du même jour, assortie d'une motivation séparée, l'OAI a confirmé son projet de décision du 31 mai

2021. E. a) Par acte du 17 septembre 2021, R. \_\_\_\_\_, représenté par Procap, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 20 août 2021, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité entière était ouvert et subsidiairement à son annulation avec renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, l'assuré soutient qu'il est atteint d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, lequel n'aurait pas été évalué conformément aux exigences jurisprudentielles. Il soutient que son incapacité de travail serait de 65 % et qu'un abattement de 20 % sur le revenu d'invalidité se justifierait. Il a complété son écriture le 7 octobre 2021, produisant le rapport du CMS L. \_\_\_\_\_ daté du 30 septembre 2021. b) Dans sa réponse du 25 octobre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR du

### **E. 20**

octobre 2021.

- 7 - c) Par réplique du 15 novembre 2021, le recourant a confirmé ses conclusions et moyens. d) Dupliquant le 11 janvier 2022, l'OAI a maintenu ses conclusions, se référant à une appréciation du SMR du 10 décembre 2021. e) Le 20 janvier 2022, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire dont il a confié la réalisation au A. \_\_\_\_\_ et en particulier au Dr A.M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et au Dr A.P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. f) Les 4 mars et 2 mai 2022, le recourant a produit un rapport du 18 février 2022 de sa nouvelle psychiatre, la Dre D.A. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et un rapport d'Y. \_\_\_\_\_ du 8 février 2022. g) Dans leur rapport d'expertise judiciaire du

### **E. 23**

décembre 2022, les Drs A.M. \_\_\_\_\_ et A.P. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de douleurs chroniques du poignet gauche avec ankylose et amyotrophie sévères du membre supérieur gauche sur trouble fonctionnel sans substrat anatomique décelable, d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné des omalgies droites avec bursite sous-acromiale. Les experts judiciaires ont retenu que R. \_\_\_\_\_ présentait une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100 % depuis le mois d'octobre 2010. Sur le plan somatique, ils ont en revanche estimé que l'assuré bénéficiait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« nécessité de n'avoir qu'une activité mono-manuelle avec le membre supérieur droit, membre dominant de l'expertisé »). Sur le plan psychique, la capacité de travail dans une activité adaptée était aussi entière jusqu'au mois de mai 2018, date à laquelle s'est déclaré un épisode

- 8 - dépressif moyen. Dès lors, les experts judiciaires ont retenu une baisse de rendement de 50 % en raison de la fatigue, de la fatigabilité, de la baisse de persévérance importante et de la passivité de l'intéressé, à savoir des répercussions de l'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique et du syndrome douloureux somatoforme persistant. h) Le 16 janvier 2023, l'OAI s'est déterminé, se référant à un avis du SMR du 11 janvier 2023 Dr S. \_\_\_\_\_, lequel qualifiait l'expertise judiciaire de « très partiellement convaincante ». Il relevait que la description de l'état de santé actuel semblait suffisante pour confirmer la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et partielle (50%) dans une activité

adaptée, mais au plus tôt depuis le début de l'année 2017, en supposant que le syndrome douloureux somatoforme persistant était déjà présent à cette époque alors que le psychiatre de l'époque n'avait pas retenu ce diagnostic. i) Le 17 février 2023, R. \_\_\_\_\_ a maintenu les conclusions de son recours. Il déclare qu'il ne conteste pas la valeur probante de l'expertise judiciaire, mais uniquement la capacité de travail qui en découlait. Il soutient en substance qu'il n'était plus en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail équilibré. Il allègue qu'en raison de nombreux facteurs inhérents à sa personne, les possibilités de retrouver un emploi étaient irréalistes, si bien que seul un emploi en atelier protégé était envisageable. j) Le 21 février 2023, l'OAI a maintenu sa position, renvoyant à ses précédentes prises de positions. k) Le 1er mars 2023, R. \_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions de son recours. E n d r o i t : 1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation

- 9 - expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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 de loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 20 août 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 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 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

- 10 - 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 LPGGA). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI). d) 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 [règlement du 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

- 11 - 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 LPGGA (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. e) 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) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

- 12 - raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). b) Pour pouvoir 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). c) Selon l'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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

- 13 - d) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). 6. a) 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). b) 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). c) 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

- 14 - 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. 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 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). 7. a) Le recourant se plaint de l'appréciation erronée de son état de santé, plaidant l'insuffisance de l'instruction médicale de son dossier. Il expose que l'OAI n'aurait pas soumis le dossier à un expert psychiatre à

- 15 - même d'évaluer les répercussions sur sa capacité de travail du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique dont il souffre. Aussi, il requiert le renvoi de la cause à l'intimé pour un complément d'instruction. b) En l'occurrence, il y a lieu de constater que la décision attaquée est fondée d'une part sur le rapport d'expertise rhumatologique du Dr N.\_\_\_\_\_, lequel retenait une diminution de la capacité de travail de 10 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, et d'autre part sur le rapport des médecins traitants des D.\_\_\_\_\_, les Drs D.B.\_\_\_\_\_ et D.C.\_\_\_\_\_, lesquels considéraient que le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail sur le plan psychique. 8. a) L'intimé a mis en œuvre une expertise confiée au Dr N.\_\_\_\_\_. Le rapport de ce spécialiste en rhumatologie, daté du 30 avril 2021, s'avère toutefois insuffisant pour évaluer l'état de santé de l'assuré. En effet, le Dr N.\_\_\_\_\_ a relevé à juste titre que d'autres causes pouvaient expliquer les plaintes du recourant. Dans ses conclusions concernant l'évolution médicale, l'expert rhumatologue a ainsi relevé ce qui suit (expertise rhumatologique, p. 15) : En conclusion, on note une certaine discordance entre l'ampleur de la symptomatologie douloureuse au niveau du poignet et l'absence de lésion organique sous-jacente. La personne assurée s'est installée depuis 2010 dans une attitude d'immobilité du poignet et du coude G et ce, en raison d'un syndrome douloureux devenu chronique sans substrat organique sous-jacent. L'absence d'effet quelconque de multitude d'infiltration locale, de perfusion de Xylocaine et de NaCl, médicamenteuse morphinique et la pose d'un stimulateur parlent en faveur d'un syndrome douloureux sans substrat organique sous-jacent. S'agissant de l'évolution de la maladie, le

Dr N.\_\_\_\_\_ a mentionné ce qui suit (expertise rhumatologique, p. 16) : Le socle somatique ne permet en effet pas d'expliquer l'évolution par inutilisation de son avant-bras et de sa main G, une cause psychiatrique n'est pas exclue.

- 16 - En ce qui concerne la cohérence et la plausibilité, le Dr N.\_\_\_\_\_ a fait part de son appréciation en ces termes (expertise rhumatologique, p. 17) : Les résultats de l'examen et l'examen clinique ne permettent pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle qui en découle. Celle-ci fait suspecter un syndrome de conversion, à confirmer par une expertise psychiatrique. En effet, l'absence d'effets quelconques, de multiples interventions anesthésiques de 2016 à 2019 constituent des facteurs étayant ce diagnostic. b) Il est indéniable que le Dr N.\_\_\_\_\_ demandait ni plus ni moins qu'un complément d'expertise avec un volet psychiatrique (« à confirmer par une expertise psychiatrique »), suggestion à laquelle l'intimé n'a pas donné suite. Même s'il n'est pas psychiatre, le Dr N.\_\_\_\_\_, de par ses spécialisations en rhumatologie et en médecine interne et son expérience dans le domaine des expertises d'assurances, est parfaitement à même de percevoir la présence d'un trouble psychique, singulièrement d'un trouble somatoforme douloureux, si bien que ses conclusions soulevaient un doute important sur la fiabilité et la validité de l'instruction menée par l'intimé sur le plan psychiatrique. Un tel doute ne pouvait pas être écarté sans un rapport d'examen psychiatrique probant (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6). Certes, le rapport des Drs D.B.\_\_\_\_\_ et D.C.\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2019, bien connu du Dr N.\_\_\_\_\_ (expertise rhumatologique, p. 2), mentionne une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique. Cette conclusion n'est cependant pas étayée et se trouve en contradiction avec certains constats cliniques de ces médecins (notamment ch. 2.2 et 2.4). Sur le plan diagnostic, les psychiatres traitants posent un diagnostic de trouble dépressif avec répercussion sur la capacité de travail, mais ne mentionnent – de manière contradictoire – ni incapacité de travail, ni limitations fonctionnelles. La question d'un syndrome douloureux sans substrat organique sous-jacent, en particulier, n'est pas discutée de manière conforme aux indicateurs jurisprudentiels, malgré l'évidente

- 17 - problématique liée au membre supérieur gauche et à l'absence d'explication sur le plan somatique. Le rapport des D.\_\_\_\_\_ du 30 octobre 2019, incomplet, ne s'avérait dès lors pas probant, si bien que l'intimé ne pouvait pas s'y fier. De plus, dans un rapport du 16 juin 2021, le Dr J.\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de trois heures par jour en posant un certain nombre de diagnostics sur la base de l'observation d'une amyotrophie clinique du membre supérieur gauche à l'origine d'une incapacité « presque complète ». Il expose aussi que le tableau douloureux se répercute sur la vie quotidienne, ce qui le conduit à estimer que le degré d'invalidité de 10 % retenu dans le projet de décision du 31 mai 2021 était sous-évalué. Le Dr J.\_\_\_\_\_ ne se limite pas à présenter son évaluation de la capacité de travail du recourant, il pose des diagnostics et rend compte d'observations cliniques, lesquels sont difficilement compatibles avec les conclusions du rapport SMR du

## **E. 28**

février 2001 consid. 3.b). c) Cela étant, le recourant a présenté une aggravation de son état de santé justifiant une révision de la dernière décision au fond du 7 novembre 2013 dès le mois de mai 2018. Le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité (art. 88a al. 1 RAI ; art. 28 al. 2 LAI) ne prend cependant naissance qu'à l'échéance du délai de six mois à compter du dépôt tardif de sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-

- 31 - invalidité le 27 septembre 2019 (art. 29 al. 1 LAI), à savoir le 1er mars 2020. 15. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er mai 2020, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %. 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 intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., débours et TVA compris, et de mettre à la charge de la partie intimée (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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