

VD_GERICHTE ZD22.005944 vom 16. Dezember 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-12-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.005944

FR: VD_GERICHTE ZD22.005944 du 16 décembre 2022

IT: VD_GERICHTE ZD22.005944 del 16 dicembre 2022

Erwägungen

E. 4

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) 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

- 11 - 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) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

E. 5

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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen

global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

E. 6

a) Par décision du 7 novembre 2011, l'intimé a constaté que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès mars 2008. b) Après être entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 5 février 2016 par le recourant, l'OAI a ordonné plusieurs expertises médicales. aa) Sur le plan somatique, l'expertise établie par le B. _____ est probante et corrobore les constatations faites précédemment par d'autres experts. Les diagnostics posés sont des douleurs post chirurgie

- 12 - de neurolyse du nerf sciatique droit et ténotomie du muscle pyramidal droit en janvier 2008, une souffrance radiculaire S1 droite séquellaire uniquement électromyographique (M54.1), une douleur cervicale avec hernie discale paramédiane droite en C5-C6 sans compression (M45.1.3), une douleur du poignet droit post traumatique, une pancréatite récidivante (K85) d'étiologie indéterminée, biliaire ou auto immune, avec des investigations toujours en cours, et une sacroïdose pulmonaire (D86.0) ; ils entraînent une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de maçon, mais pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée, sous réserve des périodes pendant lesquelles l'assuré est hospitalisé en raison d'une poussée aiguë de pancréatite. Le recourant ne soulève aucun grief à l'encontre de ces constatations et n'expose pas en quoi elles seraient dépourvues de valeur probante. bb) Sur le plan psychiatrique, se pose la question de la valeur probante des constatations du Dr F. _____, sur lesquelles l'intimé s'est fondé pour apprécier la capacité de travail résiduelle du recourant qui en conteste le bienfondé médical. On observera d'abord que l'expertise du 13 avril 2021 répond aux réquisits posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Contrairement à ce que soutient le recourant, elle n'est ni incohérente, ni lacunaire. La simple erreur de date commise par le Dr F. _____, qui mentionne un rapport d'examen pluridisciplinaire du 15 mars 2008 alors que ce rapport est daté du 23 octobre 2008 (cf. pièce 63), ne justifie certainement pas de relativiser la valeur probante de ses constatations ; par ailleurs, le Dr F. _____ a rapporté correctement les constatations effectuées à l'époque par les médecins-examineurs du SMR, relatives à une dysthymie (F34.1). Au vu des développements figurant dans son rapport d'expertise à propos de ce diagnostic (cf. p. 13 sv.), rien ne permet de considérer qu'il aurait négligé l'existence, à l'époque, d'une dépression chronique de l'humeur, toutefois insuffisante pour poser un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. Le recourant reproche au Dr F. _____ d'avoir observé qu'une consultation auprès du Service de psychiatrie de liaison du CHUV en été 2008 était peut-être en lien avec le récent décès de sa mère. Cette

- 13 - hypothèse ne paraît toutefois pas dénuée de fondement si l'on observe que la mère de l'assuré est décédée en 2008 des suites d'une maladie d'Alzheimer et que l'intéressé en a été très affecté, selon l'anamnèse familiale établie par le Dr F. _____ (cf. p. 7). Les médecins du centre [...] ont du reste eux aussi attesté des premières consultations de l'assuré à la fin septembre 2008 dans le contexte du décès récent de sa mère (rapport du 23 juin 2011 [pièce 139]). Quoi qu'il en soit, rien au dossier ne permet de considérer que l'expert y aurait accordé une importance déterminante. Le recourant estime que « le résultat » de l'appréciation de l'incapacité de travail par le Dr F. _____ « n'est pas satisfaisant » dès

lors qu'il ne se déplace qu'en chaise roulante, qu'il a besoin de son épouse pour se lever, pour aller sur sa chaise roulante et même pour aller aux toilettes. Son état de santé serait si détérioré qu'il ne serait plus envisageable de considérer qu'il existe une capacité de travail vu le degré des plaintes décrites. En soulevant cette argumentation, le recourant perd de vue qu'il appartient précisément à l'expert de prendre du recul par rapport aux allégations de l'assuré et de fonder autant que possible son appréciation sur des constatations médicales objectives. En l'occurrence, les experts de Z._____ et de B._____ n'ont pas constaté d'atteinte à la santé physique qui justifierait le recours systématique à une chaise roulante ou à l'aide de tiers pour accomplir divers actes de la vie quotidienne. A cet égard, on mentionnera notamment que l'expert J._____ a rapporté ce qui suit (cf. expertise B._____, volet rhumatologique, p. 26 point 7.2) : “[...] L'EVA est à 6, ce qui n'est pas logique pour une personne qui ne peut même pas rester debout et ne peut strictement rien faire. Lorsqu'on lui demande pourquoi, il répond « à cause des douleurs ». Il y a donc une inadéquation entre la douleur exprimée et ce qu'il ne peut pas faire. Par ailleurs, les atteintes objectives cliniques sont pauvres : pas d'amyotrophie clinique, pas de systématisation neurologique, pas de signe neurologique objectif, si ce n'est un signe de Lasègue modéré, impossibilité de se tenir sur sa jambe gauche sans être aidé. Et enfin, l'iconographie est très pauvre : pas d'explication neurologique, lombaire ou au niveau des articulations coxo-fémorales ou sacro-iliaques. Difficile d'imaginer qu'il ne peut même pas utiliser les bras pour se déplacer, par exemple de son lit sur sa chaise roulante, alors que l'examen clinique des membres supérieurs est normal.

- 14 - Difficile également, d'imaginer qu'il ne puisse même pas rester assis sur sa fesse droite, alors que l'IRM en post opératoire ne donne pas d'explication rationnelle et encore plus actuellement alors que l'expertisé ne se déplace quasiment plus depuis des années, sollicitant très peu ses muscles. [...]” En ce qui concerne les diagnostics de « autres troubles spécifiques de la personnalité, personnalité immature, F60.8 » et de « somatisation » posés par le Dr I._____, le Dr F._____ a exposé pour quels motifs il estimait devoir s'en distancier (cf. p. 16 sv.) – rejoignant sur ce point le Dr E._____ (cf. expertise Z._____, p. 38 sv.), en se référant en particulier aux critères diagnostics posés par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR/DSM-5. Il a notamment constaté que l'assuré se plaignait essentiellement de symptômes touchant l'appareil locomoteur, que les plaintes s'étaient déclarées relativement tardivement chez le recourant, avec au premier plan une révolte et le sentiment d'injustice plus évocateurs du diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) que d'un trouble somatoforme douloureux (ou d'un trouble de somatisation dans les ouvrages diagnostiques de référence). Le Dr F._____ a également mis en évidence chez le recourant une déception par rapport à la qualité des soins médicaux, de même que le contexte d'une demande de compensation financière ainsi que l'absence d'un véritable engagement dans le traitement psychiatrique dès lors qu'il considérait que dans son cas cela ne servait « à rien ». Quoi qu'il en soit le Dr F._____ rejoint le Dr I._____ sur la question de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, qu'il fixe lui aussi à 50 % au jour de l'expertise. Cette évaluation repose sur une analyse des ressources dont dispose encore le recourant et des facteurs susceptibles de limiter ces ressources, étant précisé que le Dr F._____ reconnaît une incapacité de travail en lien avec l'épisode dépressif moyen (F32.1) diagnostiqué. L'expert n'estime pas, en revanche, qu'une reprise du travail ne serait pas raisonnablement exigible en raison de la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) retenue. Il rejoint sur ce point les Drs ???_____

(rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR du 10 novembre 2008) et E._____ (expertise

- 15 - Z._____ du 20 juillet 2017). Le Dr I._____ n'exclut pour sa part pas formellement une incapacité de travail en lien avec le trouble somatisation, mais la limite toutefois à 50 %, en relation avec l'ensemble des atteintes à la santé constatées. Il liste des limitations fonctionnelles proches de celles admises par le Dr F._____ (des troubles cognitifs, une fatigabilité, une limitation dans le traitement d'informations multiples et une absence d'exposition aux activités stressantes d'un point de vue temporel pour le Dr I._____ [expertise B._____, p. 19] ; une fatigabilité et une diminution de rendement en raison d'une limitation des facultés adaptatives, en particulier sous stress, une aptitude à analyser une situation simple et à prendre des décisions appropriées dans ce contexte, mais avec la nécessité d'une supervision lors de situations complexes, pour le Dr F._____ [expertise, p. 24]). Le Dr I._____, comme le Dr F._____, ne considère donc pas que les autolimitations présentées par le recourant, qui se déplace presque exclusivement en chaise roulante et reste alité une grande partie de la journée, puissent être prises en considération comme des limitations fonctionnelles objectives. Les Drs I._____ et F._____ posent des constatations divergentes sur le début de l'incapacité de travail de 50 % du recourant. Sur ce point également, le Dr F._____ présente une analyse plus détaillée et convaincante. Il reprend de manière relativement fouillée les constatations précédentes de ses confrères, ce qui le conduit à réfuter le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F32.1) posé dans un rapport du 23 juin 2011 par les médecins d'[...], et d'épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) posé le 7 janvier 2016, également par les médecins d'[...]. Il motive de manière convaincante sa constatation d'une absence d'aggravation de l'état de santé psychique du recourant entre la décision du 7 novembre 2011 de l'intimé et le 30 juin 2019, au vu notamment des constatations figurant dans le rapport d'expertise Z._____ du 20 juillet 2017. Il retient en revanche l'installation sur la durée d'un épisode dépressif de degré moyen depuis le mois de juillet 2019 en se référant sur ce point à « ce que rapporte le médecin traitant de M. A._____ ». Si l'on peut regretter que l'expert ne soit pas plus

- 16 - précis sur ces informations, il reste que l'instruction ne permet pas d'établir une aggravation de l'état de santé psychique à une date antérieure. A cet égard, le Dr I._____ retient pour sa part une aggravation dès 2012, mais ne motive pas cette appréciation en contradiction avec les autres expertises figurant au dossier. c) Sur le vu de ce qui précède, il est établi, sur la base des constatations des Drs O._____, J._____, G._____ et F._____, que le recourant a présenté une capacité de travail totale dans une activité adaptée, jusqu'au 30 juin 2019, sous réserve des périodes pendant lesquelles il était hospitalisé en raison d'une poussée aiguë de pancréatite. Il a présente, dès le 1er juillet 2019, une incapacité de travail de 50 % en raison d'une péjoration de son état de santé psychique. Les limitations fonctionnelles suivantes peuvent être retenues : pas d'effort de soulèvement de plus de dix kilos, port de charge limité à dix kilos, pas de piétinement prolongé, pas de marche, pas d'escalier et pas de travail en hauteur, faible capacité adaptative, sensibilité au stress, et pas d'activités complexes, probables difficultés relationnelles. d) Compte tenu du caractère probant des constatations des médecins précités, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre les diverses expertises et l'audition de

témoin demandées. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Les requêtes du recourant en ce sens doivent ainsi être rejetées 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).

E. 7

Cela étant constaté, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité du recourant. a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé

- 17 - avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. aa) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). bb) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

- 18 - cc) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). c) En l'occurrence, l'office intimé a comparé un revenu sans invalidité de 64'759 fr. 86 avec un revenu d'invalidité de 29'292 fr. 52 (montant qui intègre la capacité de travail de 50 % et un abattement de 15 % sur le salaire statistique afin de tenir compte de l'âge et du taux d'occupation restreignant les perspectives salariales du recourant), pour aboutir à un degré d'invalidité de 54,77 %, arrondi à 55 %, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er juillet 2020. De son côté, le recourant soutient que la prise en compte, pour la fixation du revenu avec invalidité, d'un abattement maximal de 25 % serait pleinement justifié en l'espèce, en raison de sa maîtrise imparfaite de la langue

française ainsi que ses limitations fonctionnelles qui se seraient largement péjorées depuis la dernière décision de l'OAI « principalement en ce qui concerne l'utilisation d'une chaise roulante électrique pour se déplacer et sa problématique récurrente de pancréatite ayant abouti à une tuméfaction du pancréas avec diminution de l'infiltration ». La faible maîtrise de la langue française ne peut être retenue comme facteur d'abattement dans la mesure où le revenu avec invalidité est déterminé sur la base des tableaux de l'ESS relatifs aux activités non qualifiées, lesquelles n'impliquent pas d'exigences linguistiques particulières. Quant aux limitations fonctionnelles, elles sont déjà prises en compte dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. Elles ne

- 19 - peuvent dès lors justifier un abattement, et aucun autre facteur de réduction ne saurait être retenu. Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'y a donc pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'OAI, le calcul de l'invalidité tel que motivé (cf. pièce 295) échappant à la critique.

E. 8

a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et les décisions attaquées confirmées. 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 du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, 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.