

# **VD\_GERICHTE ZD22.019124 vom 3. November 2022**

VD Tribunal cantonal, 2022-11-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD22.019124](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.019124)

FR: VD\_GERICHTE ZD22.019124 du 3 novembre 2022

IT: VD\_GERICHTE ZD22.019124 del 3 novembre 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

### **E. 3**

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

- 7 - exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) 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). d) 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

- 8 - 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).

#### **E. 4**

a) En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'exams complets sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie et de la psychiatrie auprès de D. \_\_\_\_\_ SA, dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, il disposait, malgré les atteintes à la santé qu'il présentait, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement). b) Sur le plan somatique, le recourant présente essentiellement des problèmes au dos, à la hanche droite et aux genoux. aa) Dans son rapport du 22 novembre 2021, le Dr H. \_\_\_\_\_ a relevé que le recourant se plaignait de douleurs lombaires irradiant en ceinture et de sa hanche droite. Les douleurs augmentaient avec le mouvement, en particulier lorsqu'il s'agissait de ramasser des objets par terre et avec le port de charges. Il souffrait également des genoux avec des sensations de lâchage et de manque de force, tout en faisant état de

- 9 - douleurs à la descente des escaliers. Une IRM lombaire effectuée en janvier 2020 a mis en évidence une inflammation épидurale modérée dans le contexte d'un status après laminectomie L5-S1 gauche ; il y avait aussi un débord discal pouvant irriter les racines L5 de manière bilatérale. Au niveau de la hanche droite, l'IRM de janvier 2020 a révélé des lésions dégénératives avec images géodiques sous-chondrales, particulièrement sur la tête fémorale droite et la présence d'un épanchement intra-articulaire. Concernant les genoux, l'IRM bilatérale réalisée dans le cadre de l'expertise a conclu à l'existence d'une

chondropathie dégénérative bilatérale. L'expert a ainsi retenu des lombalgies chroniques sur dysbalance musculaire sans radiculalgie irritative, une coxalgie droite sur coxarthrose débutante et une gonalgie bilatérale prédominant à droite sur chondropathie tricompartmentale gauche et fémoro-tibiale droite. Hormis les atteintes mentionnées, le reste de l'examen clinique rhumatologique était normal. Ainsi, le rachis dorsal et cervical était sans particularité, de même que le bassin et les membres supérieurs. Tel était également le cas des coudes, des mains, des poignets, des chevilles et des pieds. Quant à l'examen neurologique, il était normal (pas de syndrome pyramidal, réflexes présents et symétriques aux quatre membres, manœuvre de Lasègue négative, marche sans anomalie et pas de problème de sensibilité), de même qu'il n'y avait pas de critère en faveur d'une fibromyalgie ou d'un rhumatisme inflammatoire. S'agissant de la cohérence et de la plausibilité, le Dr H. \_\_\_\_\_ a fait état de quelques divergences entre l'importance des symptômes décrits par l'assuré et son comportement en situation d'examen clinique ainsi que d'éléments d'autolimitation sans toutefois que ceux-ci n'atteignent le seuil d'une exagération ou d'une simulation. Cela étant, si la profession habituelle de magasinier n'était plus exigible, l'expert a estimé que le recourant disposait – malgré l'existence de diagnostics ayant une incidence sur sa capacité de travail (syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathies dégénératives et syndrome de dysbalance musculaire ; coxarthrose droite débutante ; chondropathie de grade maximal IV étendue en zone d'appui au versant postérieur du condyle

- 10 - fémoral médial pour le genou droit et chondropathie tricompartmentale du genou gauche avec déchirure méniscale complexe) – d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance des positions assise et debout ; port de charge jusqu'à 10 kg près du corps ; pas d'activité qui demande une position agenouillée ou accroupie prolongée ; pas d'activité sur des échafaudages ou des échelles ; pas d'activité demandant une posture non ergonomique surchargeant le rachis dans sa totalité). bb) Cette appréciation n'est remise en cause par aucune pièce médicale figurant au dossier. Elle n'est au demeurant pas critiquée par le recourant. c) aa) Sur le plan psychique, le Dr A. \_\_\_\_\_ n'a retenu la présence d'aucune pathologie invalidante de ce registre. Durant l'examen clinique, il a noté que l'humeur était neutre. La gestuelle et la mimique étaient expressives, adaptées et congruentes à l'humeur. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur. Le débit verbal n'était ni ralenti ni accéléré. L'attention et la concentration étaient présentes, stables, et de bonne qualité durant tout l'entretien. Il n'y avait pas de trouble de la mémoire cliniquement décelable. En outre, l'expert n'a observé aucun signe physique en faveur d'un état anxieux, même quand il a confronté l'assuré à des incohérences dans l'anamnèse. Celui-ci n'a pas perdu son sang-froid, ni manifesté aucun signe d'angoisse et ne semblait pas perturbé. Il n'a pas non plus remarqué de fatigue ou de fatigabilité, l'intéressé n'ayant au demeurant pas sollicité de pause. Il n'y avait pas de tristesse pathologique, de détresse à l'évocation des douleurs ni de trouble psychotique. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a ensuite expliqué de façon circonstanciée les raisons pour lesquelles il estimait que les diagnostics mentionnés par le Dr R. \_\_\_\_\_ – à savoir un trouble dépressif récurrent (épisode moyen à sévère), un trouble anxieux avec épisode d'anxiété paroxystique et un trouble de la personnalité avec des traits de la personnalité anxieuse et dépendante (cf. rapport du 22 mai 2017 établi à l'attention de l'assureur

- 11 - perte de gain) – ne pouvaient, au regard des éléments anamnestiques à disposition, être retenus. S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'expert a expliqué

qu'une dépression récurrente était définie par la survenue de plusieurs épisodes dépressifs caractérisés, séparés par une période d'euthymie complète significative. En l'occurrence, le psychiatre traitant avait retenu en octobre 2016 le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction mixte, anxieuse et dépressive, dans un contexte de deuil (survenu en juillet 2015). Même en évoquant désormais un épisode dépressif moyen à sévère, il n'avait pas pour autant modifié le traitement antidépresseur introduit en 2015. De même, s'il faisait mention en 2017 d'un deuil pathologique, il n'en demeurait pas moins que l'assuré avait retrouvé une capacité totale de travail deux mois après le décès de sa tante et repris le travail jusqu'à son licenciement en novembre 2016. De plus, l'intéressé s'était annoncé à l'assurance-chômage au mois d'août 2017 pour une durée de deux ans à un taux de 100 %. Ainsi, en l'absence de plusieurs épisodes dépressifs caractérisés, il n'était pas possible de retenir un diagnostic de trouble dépressif récurrent. S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité dépendante, il ne pouvait pas non plus être retenu dans la mesure où l'assuré était resté 13 ans à son dernier poste et n'avait consulté un psychiatre que de manière sporadique en 2003 pour un problème d'alcool. Le Dr A. \_\_\_\_\_ a au demeurant relevé qu'il n'était pas retrouvé de critère en faveur d'une personnalité dépendante chez un assuré qui s'était toujours pris lui-même en charge et vivait seul depuis 2015. Il n'exprimait en outre aucun malaise ou sentiment d'impuissance à être seul, expliquant qu'il n'était pas en couple et avait peu d'amis car il appréciait la solitude. A cela s'ajoutait qu'il effectuait les courses et s'occupait du jardin ainsi que du ménage lorsqu'il habitait avec sa tante. S'agissant enfin d'un trouble spécifique de la personnalité, il convenait également de l'écarter en l'absence de comportements de violence, de capacités d'anticipation réduites, d'éclats de colère et d'attitudes explosives. Il n'y avait pas non plus de scarification, de tentative de suicide ou d'autres gestes auto-agressifs ni d'instabilité émotionnelle chez un assuré ayant occupé le même emploi

- 12 - pendant 13 ans. L'expert a également noté que l'assuré rapportait une anxiété dans une foule alors même qu'il faisait ses courses seul et avait travaillé de nombreuses années dans un grand magasin. Pour les mêmes raisons, la phobie sociale évoquée par le Dr R. \_\_\_\_\_ dans son rapport du

## **E. 6**

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

## **E. 7**

a) 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 (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

- 17 - b) 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.