

# VD\_GERICHTE ZD23.001499 vom 8. März 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-03-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD23.001499](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.001499)

FR: VD\_GERICHTE ZD23.001499 du 8 mars 2024

IT: VD\_GERICHTE ZD23.001499 del 8 marzo 2024

## Erwägungen

### E. 3

A titre liminaire, il convient d'examiner les griefs tirés d'une prétendue violation du droit d'être entendu invoqués par le recourant. a) En premier lieu, le recourant fait valoir que la décision attaquée serait insuffisamment motivée. aa) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit

- 14 - mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). bb) En l'occurrence, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé. La motivation de la décision du 25 novembre 2022, dont le courrier d'accompagnement daté du même jour fait partie intégrante, permet aisément de comprendre quels éléments ont été retenus par l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. Se fondant sur les conclusions des experts du Centre d'Expertises D.\_\_\_\_\_, il a ainsi retenu que le recourant ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité et qu'aucun élément médical objectif n'établissait que sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles fût limitée. Ainsi que l'a mis en évidence la jurisprudence, il suffit que la décision mentionne, au moins brièvement, les motifs qui ont guidé l'autorité et sur lesquels elle a fondé sa décision de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause, ce qui est le cas en l'espèce. En réalité, en tant que le recourant reproche à l'office intimé de n'avoir pas motivé de manière suffisamment intelligible son refus de rente, le grief se confond avec celui d'arbitraire

- 15 - dans la constatation des faits et l'appréciation des preuves. Il convient donc de l'examiner avec le fond du litige. b) En second lieu, le recourant fait grief à l'office AI de ne pas lui avoir laissé le temps nécessaire à la production de rapports médicaux étayant ses allégations. aa) A teneur de l'art. 57a al. 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations. Selon l'alinéa 3 de cette disposition (en vigueur depuis le 1er janvier 2021 à la suite de la modification de la LPGA ; RO 2020 5144), les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de trente jours. bb) Le message du Conseil fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (FF 2018 1597) rappelle que les mesures de simplification de la procédure de l'assurance-invalidité, entrées en vigueur le 1er juillet 2006, ont réintroduit le préavis dans l'AI. Le délai de trente jours accordé pour le contester a été réglé dans ce cadre à l'art. 73ter al. 1 RAI. Selon l'ATF 143 V 71, le délai fixé au niveau de l'ordonnance pouvait être prolongé. Il ressortait cependant clairement des travaux préparatoires que telle n'était pas la volonté du législateur. Il importait donc d'inscrire dans la loi, à l'occasion de la révision de la LPGA, que ce délai de trente jours ne pouvait être prolongé. Le Conseil fédéral a retenu que, d'une part, le préavis avait été mis en place dans le contexte de la simplification de la procédure. Or, si ce délai restait réglementé dans le RAI et que le Tribunal fédéral estimait finalement qu'il s'agissait d'un délai judiciaire, cela irait à l'encontre de l'objectif visé et risquerait même de prolonger la procédure. D'autre part, la contestation du préavis n'était pas soumise à une grande exigence formelle (elle pouvait par exemple aussi se faire oralement). En outre, un délai absolu de trente jours ne semblait pas non plus

- 16 - problématique pour ce qui était de la protection du droit des assurés, étant donné qu'ils avaient également la possibilité de faire recours contre la décision dans un délai de trente jours après que celle-ci leur avait été communiquée. Le Conseil fédéral a dès lors conclu que le délai devait être inscrit à l'alinéa 3 de l'art. 57a LAI (cf. Message du Conseil fédéral précité ; FF 2018 1636 et 1637). cc) En l'occurrence, il est établi que le délai de trente jours, désormais inscrit à l'art. 57a al. 3 LAI, est un délai légal et qu'il n'est de ce fait pas prolongeable. Le recourant ne saurait donc reprocher à l'office AI de lui avoir refusé une troisième prolongation du délai, alors qu'il avait déjà bénéficié de deux prolongations, la seconde lui ayant été accordée jusqu'au 18 novembre 2022. Le recourant avait au demeurant annoncé la production de rapports médicaux de spécialistes, Or dans le délai prolongé au 18 novembre 2022, il faut reconnaître qu'il a bénéficié d'un laps de temps suffisant pour produire de nouveaux rapports médicaux de ses médecins. Le fait que les médecins qu'il a consultés n'ont pas été en mesure d'établir un rapport médical dans un délai raisonnable ne relève pas de la problématique liée à la mise en œuvre du droit d'être entendu, mais bien plutôt de motifs qui tiennent aux médecins eux-mêmes. Dans ces circonstances, la recourant ne saurait faire grief à l'office intimé d'avoir violé son droit d'être entendu. A cela s'ajoute que le recourant avait été dûment averti que la prolongation au 18 novembre 2022 était la dernière et qu'il n'en serait pas accordé d'autre. Aussi l'office AI n'était-il nullement tenu de faire droit à la nouvelle requête de prolongation formulée par le recourant dans son courrier du 18 novembre 2022, ce d'autant qu'il avait expressément requis, dans ses observations du 7 septembre 2022, « qu'une décision formelle soit rendue sans délai » afin d'être en mesure de faire valoir ses droits en justice. Au surplus, le droit de

faire administrer des preuves sur des faits pertinents n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la

- 17 - certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

#### **E. 4**

Sur le fond, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

#### **E. 5**

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 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).

- 18 - c) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, 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 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 467 consid. 4.1 ; 133 V 108). d) Tout changement important des circonstances propre 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 467 consid. 4.1 ; 144 I 103 consid. 2.1 ;

134 V 131 consid. 3). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 147 V 467 consid. 4.1 ; 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les références).

## **E. 6**

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

- 19 - 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).

## **E. 7**

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).

- 20 -

## **E. 8**

Les renseignements médicaux recueillis dans le cadre de la demande de prestations déposée le 26 janvier 2005 ont mis en évidence des troubles somatiques (lombosciatalgies et

syndrome douloureux du membre inférieur droit) et psychiques, ces derniers ayant motivé une expertise psychiatrique auprès du Dr F.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 1er juin 2007, ce médecin a estimé que les pathologies diagnostiquées (personnalité émotionnellement labile [type borderline] ; trouble dépressif récurrent [épisode actuel léger sans syndrome somatique] ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool et addiction au jeu), ne revêtaient pas un caractère incapacitant. Aussi l'office AI a-t-il nié le droit du recourant à des prestations de l'assurance- invalidité, au motif que son état de santé était compatible avec une activité lucrative à plein temps (décision du 17 janvier 2008). Déclarant par la suite souffrir de vertiges, de diabète ainsi que de problèmes intestinaux, l'intéressé a déposé, le 10 juin 2015, une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans un rapport du 25 août 2015, les Dres M.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic – avec effet sur la capacité de travail – de vertiges d'origine indéterminée depuis 2013, ainsi que ceux – sans répercussion sur la capacité de travail – de diabète de type 2 non insulino-requérant évoluant depuis 2014, de consommation d'alcool à risque, d'hypercholestérolémie traitée, de stéatose hépatique ainsi que de troubles de l'humeur. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité de monteur de fenêtres exercée en hauteur en raison des risques de chutes dus aux vertiges, dite capacité était en revanche entière à condition qu'elle puisse être exercée à même le sol. Se fondant sur cette appréciation et celle du SMR (rapport du 15 mars 2016), l'office AI a, par décision du 30 mai 2016, une nouvelle fois rejeté la demande de prestations déposée par l'assuré. En bref, il a retenu que, si les renseignements médicaux en sa possession mettaient en évidence que la capacité de travail n'était plus exigible dans l'activité habituelle (construction métallique), elle était entière dans une profession compatible avec les limitations fonctionnelles retenues (pas de soulèvement ni de port de charges supérieures à 2 kg et possibilité d'alterner les positions assis et debout).

- 21 -

## **E. 9**

Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le Centre d'Expertises D.\_\_\_\_\_, d'après lesquelles le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. a) Le rapport du 15 février 2022, tel que complété le 16 mai 2022, remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Tant sur les plans neurologique et psychiatrique que sur celui de la médecine interne générale, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, socioprofessionnelle), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical mis à disposition, ainsi que sur la base des observations cliniques effectuées au cours des différents examens. En outre, les plaintes du recourant ont été prises en considération. Les experts ont procédé à une discussion approfondie des diagnostics psychiatriques (notamment le syndrome de dépendance à l'alcool), de même qu'ils ont formulé des critiques à propos des diagnostics retenus par le Centre de psychiatrie B.\_\_\_\_\_, exposant le cas échéant pour quelles raisons ils s'écartaient de leur point de vue. Par ailleurs, ils ont discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et l'authenticité de même qu'ils ont examiné la personnalité, les ressources et les difficultés du recourant. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées. b) aa) Sous l'angle de la médecine interne générale, le Dr L.\_\_\_\_\_ a relevé que le recourant présentait, depuis une quinzaine

d'années, des lombalgies chroniques en rapport avec des troubles statiques et des troubles dégénératifs. Or l'examen clinique effectué sur le plan ostéo-articulaire n'a mis en évidence aucun trouble empêchant l'exercice d'une activité compatible avec les atteintes dégénératives au niveau lombaire. En effet, il n'y avait aucune douleur annoncée à la palpation des deux épaules, que ce soit au niveau des zones acromiales, des zones acromio-claviculaires et des zones scapulaires postérieures ; les mouvements d'abduction, d'adduction, d'antépropulsion, de rétropropulsion, de

- 22 - rotation externe et interne n'étaient pas limités ni du côté gauche, ni du côté droit ; la distance pouce-C7 par le haut était à 0 cm des deux côtés, tandis qu'elle était de 20 cm des deux côtés par le bas ; le test de Jobe était négatif de même que celui de Neer. S'agissant des coudes, il n'y avait pas de douleur à la palpation des épicondyles ; la flexion/extension était complète ; la pronosupination était symétrique et complète ; il n'y avait pas de douleurs lors de la réalisation des mouvements exercés contre-résistance. Au niveau des poignets, il n'y avait ni déformation, ni tuméfaction ; la mobilité était complète et non limitée ; quant aux doigts, il n'y avait aucun problème de mobilité, ni signe de synovite, que cela soit du côté gauche ou du côté droit. S'agissant des hanches, il n'y avait aucune douleur à la palpation des deux périhanches ; les mouvements d'extension, de flexion, d'abduction, d'adduction, de rotation externe et interne n'étaient absolument pas limités ; il n'y avait pas de douleur lors de la réalisation des mouvements exercés contre-résistance. En ce qui concernait les genoux, il n'y avait pas de déformation, ni de tuméfaction ; si la mobilité rotulienne était préservée, l'expert a toutefois perçu un craquement lors de la réalisation de ce geste au niveau des deux genoux ; du côté gauche, il n'y avait aucune douleur à la palpation des interlignes articulaires internes et externes, alors que, du côté droit, une douleur était annoncée au niveau de l'interligne articulaire interne. S'agissant des chevilles et des pieds, il n'y avait pas de douleur à la palpation des malléoles, des tendons d'Achille et au niveau des régions tarsiennes ; l'extension/flexion était à droite à 15°/0°/10° et à gauche, complète, à 25°/0°/40°. A propos de la perte de mobilité au niveau du pied droit en rapport avec la section traumatique du jambier antérieur survenue de nombreuses années auparavant, l'assuré a expliqué à l'expert que cela ne l'avait jamais empêché de travailler. Quant au rachis, les ceintures scapulaire et pelvienne semblaient à niveau ; la palpation des épineuses ne retrouvait aucune douleur, que ce soit au niveau des épineuses cervicales, dorsales ou lombaires ; il n'y avait également pas de douleur à la palpation des régions latérocervicales ni au niveau des chefs supérieurs des trapèzes ; il n'y avait pas non plus de douleur au niveau des muscles paravertébraux dorso-lombaires, ni de douleur au niveau des sacro-iliaques ; la distance menton-sternum était à 14 cm au repos, 0 cm en

- 23 - flexion ; les mouvements d'extension, de flexion, de rotation droite et gauche, d'inclinaison latérale droite et gauche étaient complets et non limités ; à l'étage lombaire, la distance doigts-sol était à 0 cm avec un Schober lombaire de 10 à 14,5 cm ; les mouvements de rotation droite et gauche et d'inclinaison latérale droite et gauche n'étaient absolument pas limités ; enfin, il n'y avait pas de points de fibromyalgie ni signes de Waddell. Au jour de l'expertise, le recourant souffrait également de troubles digestifs, lesquels s'étaient majorés depuis l'intervention pratiquée en mai 2009 ayant consisté en une sigmoïdectomie en raison d'une diverticulite perforée, marquée par la survenue de complications de type abcès. Depuis lors, il faisait régulièrement état de ballonnements, de douleurs abdominales généralisées ainsi que d'une constipation. Selon le Dr L. \_\_\_\_\_, des explorations complémentaires étaient nécessaires dans le contexte de la reprise d'une consommation

éthylisme entraînant des douleurs localisées dans la région pancréatique. En outre, depuis l'opération de 2009, l'assuré était au bénéfice d'une poche de stomie, ayant conduit l'expert à retenir l'existence d'une hernie au niveau de cette cicatrice ainsi que d'une deuxième hernie sous-ombilicale. Même si elles étaient réductibles par voie chirurgicale, le recourant a indiqué à l'expert qu'il ne souhaitait pas de nouvelle opération, alors même que ces hernies lui causaient des douleurs lorsqu'il portait des charges. Le 18 novembre 2022, il a fait l'objet d'une intervention motivée par des douleurs abdominales sous la forme d'une évacuation sérome sous-cutané avec débridement de la cavité et excision de la paroi abdominale puis mise en place d'un VAC (Vacuum Assisted Closure, réd.) sous-cutané. Les suites opératoires ont été simples, l'assuré étant demeuré afebrile et ayant présenté une bonne tolérance aux ingesta. Au vu de la bonne évolution clinique et d'un bon contrôle antalgique, il a pu regagner son domicile le jour même, une incapacité totale de travail ayant été retenue du 18 au 27 novembre 2022 (cf. rapports des 21 novembre et 7 décembre 2022 du Département de chirurgie de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_).

- 24 - Quant au diabète de type 2 existant depuis 2014, le Dr L. \_\_\_\_\_ a souligné qu'il nécessitait l'utilisation d'une thérapeutique antidiabétique par voie orale. Si le dernier bilan sanguin effectué en juillet 2021 (hémoglobine glyquée à 6,7 %) témoignait d'un équilibre relativement correct concernant le diabète, le bilan sanguin effectué au décours de l'expertise retrouvait un taux de 6,9 %, compatible avec une dégradation de ce diabète, probablement en lien avec la consommation d'alcool. A cela s'ajoutait que le recourant ne surveillait pas régulièrement son alimentation. Au vu de ces éléments, l'expert estimait qu'un contrôle ophtalmologique, un bilan cardiologique, des explorations rénales et des examens complémentaires de nature digestive devaient être effectués, quand bien même le diagnostic de diabète de type 2 n'était pas incapacitant. bb) Sous l'angle neurologique, l'examen pratiqué par le Dr V. \_\_\_\_\_ a révélé une bonne mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire, sans syndrome lombo-vertébral significatif, mais avec provocation de douleurs locales. En station debout et à la marche, l'expert a relevé une nette instabilité au Romberg alors que le recourant arrivait encore à rester pieds joints et à marcher un pied devant l'autre. L'examen des paires crâniennes était entièrement normal et il n'y avait pas de troubles de l'oculomotricité de type Gayet-Wernicke. A l'examen des membres supérieurs, il y avait un tremblement de repos, mais surtout de posture et d'intention bilatérales, accompagné d'une certaine dysmétrie avec appuiement à l'épreuve doigt-nez et doigt-nez-doigt des deux côtés. La sensibilité superficielle était vraisemblablement préservée. Au niveau des membres inférieurs, l'expert a noté des pieds creux, une manœuvre de Lasègue douloureuse en fin de mouvement, mais à considérer comme négative, une hyporéflexie achilléenne bilatérale, une préservation encore satisfaisante de la trophicité musculaire et de la force brute, quelques troubles de la coordination à l'épreuve-talon genou des deux côtés et une discrète altération de la sensibilité distale. En bref, le Dr V. \_\_\_\_\_ a retenu une atteinte polyneuropathique modérée des membres inférieurs, une atteinte cérébelleuse cinétique et statique ainsi qu'un tremblement des membres supérieurs. Dans la mesure où ces troubles paraissaient

- 25 - imputables à la consommation d'alcool, l'expert a préconisé, sur le plan thérapeutique, l'abstinence éthylique et une vitaminothérapie B. Si les plaintes formulées par le patient semblaient subjectivement importantes, les déficits et les limitations fonctionnelles objectivés au terme de l'examen neurologique étaient modestes (pas d'activité nécessitant une dextérité manuelle importante, pas de déplacements à pied en

terrain inégal et pas de port de charges lourdes). Aussi, l'assuré était en mesure d'exercer, sur le plan strictement neurologique, toute activité professionnelle compatible avec les restrictions décrites. c) S'agissant du status psychiatrique, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé que le recourant était parfaitement orienté dans le temps et dans l'espace ; son discours restait globalement cohérent avec des capacités de jugement et de raisonnement qui paraissaient préservées, en tout cas avec son niveau d'instruction ; il n'avait pas eu d'effort particulier à faire pour rester à la hauteur des questions qui lui étaient posées et n'avait pas non plus montré de signes de fatigue durant l'heure et demie d'observation ; l'expert a parfois noté une légère peine à maintenir le focus d'attention, ce qui nécessitait un recentrage de sa part ; il n'y avait toutefois pas de trouble majeur de la mémoire, même s'il existait quelques imprécisions au sujet des dates. L'humeur restait à dominante euthymique ; en effet, s'il a pu paraître plus sombre voire en pleurs à une ou deux reprises, l'assuré est resté souriant la plupart du temps, parvenant même à plaisanter quelque peu ; il oscillait entre l'hypothymie et l'hyperthymie ; il n'y avait pas de ralentissement vocal, moteur ou idéique, même si le recourant évoquait une culpabilité pathologique avec baisse de l'énergie vitale et perte de plaisir dans l'existence ; dans l'ensemble, la réactivité et les oscillations émotionnelles étaient conservées ; il n'y avait pas d'idéations suicidaires ni d'élévation pathologique de l'humeur (excitation, euphorie déplacée, tachypsychie). Le discours restait globalement bien ancré dans la réalité ; il n'y avait pas d'hallucinations ni de délire ; il n'y avait pas non plus de franche bizarrerie de l'allure, du comportement, du discours ou de la pensée. L'expert n'a pas noté de foetor éthylique ni de signe d'une imprégnation aiguë par de l'alcool et il n'y avait pas de signe d'utilisation abusive d'autres toxiques.

- 26 - L'assuré ne s'est montré ni craintif ni anxieux dans la première approche ; il n'y avait pas de tension ni de signe d'anxiété majeure ; il n'y avait pas de manifestation neurovégétative ni d'émotion agressive ou colérique. aa) Concernant le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, le Dr S. \_\_\_\_\_ a rappelé que les psychiatres traitants avaient retenu une dépendance à l'alcool, un trouble affectif bipolaire et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, de même qu'ils avaient évoqué une atteinte neuropsychologique susceptible de compromettre définitivement toute activité dans le circuit économique normal. De son côté, l'expert a posé les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité (impulsive, narcissique et dyssociale), d'allégation de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis (syndrome de dépendance, utilisation continue) et d'allégation de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (syndrome de dépendance, utilisation continue). Selon lui, la problématique centrale du recourant consistait en une atteinte complexe touchant sa construction personnelle, fortement évocatrice d'un trouble de la personnalité mixte avec des éléments renvoyant surtout à un trouble de la personnalité impulsive mais aussi à des traits narcissiques, voire des traits d'une personnalité dyssociale (indifférence face à certaines règles, absence d'empathie authentique et conduites transgressives). En outre, l'expert a relevé une imprécision du sentiment de l'identité de soi, un déficit du contrôle émotionnel doublé de troubles des conduites avec notamment une composante d'impulsivité majeure. La gestion des affects était par ailleurs fréquemment déficitaire avec des fluctuations de l'humeur en cours de journée ainsi que des épisodes de colère menant à des conflits avec des tiers suivis de ruptures. De plus, l'assuré éprouvait de grandes difficultés à se projeter dans l'avenir, si bien qu'il ne parvenait pas à construire de projets personnels, d'où de nombreuses désillusions. Quant à la composante narcissique, elle s'exprimait dans les capacités de séduction de l'intéressé. Concernant la sphère affective,

s'il n'existait pas d'hypersensibilité au rejet ni de comportements abandonniques, il y avait cependant une réactivité

- 27 - exagérée, rendant instables les relations à autrui. Cela étant, d'après les déclarations de l'assuré, il existerait un ensemble de comorbidités associées à ce trouble de la personnalité central, à savoir une reprise de la consommation d'alcool et de cannabis. Or les dosages mesurés s'étaient avérés normaux, infirmant les propres affirmations de l'intéressé quant à la quantité d'alcool consommée quotidiennement. Concernant la thymie, l'expert a relevé qu'elle n'était ni stable ni à dominante dépressive : en effet, le recourant évoquait des ruminations négatives et pessimistes associées à une perte d'estime de soi, alors qu'il n'y avait pas de fatigue, d'inhibition ou d'anhédonie. En réalité, l'expert estimait que, dans l'appréciation de la thymie, il existait, comme sur le plan de l'examen neuropsychologique ou de la consommation d'alcool alléguée, des discordances notables : si les plaintes exprimées touchaient quasiment tous les domaines de la vie, l'assuré ne paraissait objectivement pas déprimé pour autant. Finalement, l'expert a écarté le diagnostic de trouble bipolaire retenu par ses confrères, en expliquant que l'instabilité sur le plan de l'humeur lui paraissait plutôt à mettre en relation avec le trouble de la personnalité. Cela ne signifiait cependant pas qu'une telle pathologie doive être d'emblée éliminée, mais ce diagnostic nécessitait une plus longue période d'observation avant d'être posé. bb) Concernant le traitement, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé que le recourant bénéficiait depuis trois ans d'une thérapie spécialisée du trouble de la personnalité mixte, dont la réussite impliquait des capacités introspectives que l'intéressé était toutefois loin de posséder. Au surplus, quand bien même il affirmait adhérer à la thérapie, les tests sanguins réalisés démentaient ses propos, puisqu'ils révélaient une mauvaise compliance médicamenteuse. cc) Concernant les ressources, l'examen clinique a mis en évidence la problématique centrale d'un trouble mixte de la personnalité. Au moment de l'évaluation, l'assuré parvenait cependant à surmonter ce trouble et il n'y avait pas d'atteinte de l'humeur. Quant à la consommation de substances addictives, elle n'avait pas pu être confirmée par l'examen des CDT (Carboxydate Deficience Transferrine, réd.) pratiqués lors de

- 28 - l'expertise. De manière générale, l'assuré se montrait, au moins en théorie, parfaitement capable de fonctionner de manière autonome au quotidien, malgré le fait qu'il affirmait ne rien faire. Pour le reste, l'aptitude à communiquer était conservée et il n'y avait pas d'atteinte touchant le fonctionnement cognitif ; l'expert n'a pas constaté la fatigue décrite, alors que l'assuré faisait état d'une motivation diminuée ; le contrôle des affects et des pulsions était conservé. dd) Concernant l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, les plaintes étaient plus marquées que les constats objectifs, notamment sur le plan de l'humeur. De plus, se posait la question de la réalité de la consommation éthylique alléguée par le recourant, laquelle n'était pas confirmée par les tests sanguins (CDT). De son côté, le neuropsychologue G. \_\_\_\_\_ a noté des signes d'exagération des symptômes dans l'examen neuropsychologique ainsi que des incohérences entre les tests et les compétences dont le recourant faisait par ailleurs preuve, ce qui invalidait l'examen neuropsychologique effectué et rendait caduc tout diagnostic neuropsychologique. ee) Au vu de l'examen des indicateurs jurisprudentiels, il y a lieu de retenir que la symptomatologie présentée par le recourant ne revêt pas, malgré un contexte social peu favorable, un degré de gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques ne pourrait plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. d) Le Dr

S. \_\_\_\_\_ a également examiné la problématique posée par la question de la reprise du travail en lien avec le trouble de la personnalité mixte présenté par le recourant. Il a relevé que si celle-ci n'était pas préparée ou accompagnée, il n'y avait aucune chance de le réinsérer avec succès dans le tissu économique. En effet, il y avait une déshabituatation/marginalisation majeure (plus d'emploi régulier depuis plus de huit ans) chez une personnalité fragile présentant un risque de décompensation rapide, d'où la nécessité de poursuivre une thérapie spécialisée afin de prévenir un tel risque, maintenir une abstinence et

- 29 - soutenir le retour à l'emploi. Afin de permettre une réinsertion à moyen terme, l'expert a suggéré, sur le plan psychothérapeutique, des mesures psychoéducatives simples associées à un recadrage et à des stages d'entraînement au travail. Dans cette perspective, l'office intimé a alloué au recourant, sur le plan socioprofessionnel, une mesure d'aide au placement (communication du 3 août 2022). e) Au final, il convient de constater que, en l'absence d'appréciation médicale propre à susciter le doute quant aux conclusions de l'expertise du Centre d'Expertises D. \_\_\_\_\_, c'est à juste titre que les experts ont retenu que la capacité de travail du recourant était nulle dans les activités habituelles d'aide-charpentier et d'aide-serrurier pour des raisons somatiques depuis le mois de mars 2016, alors qu'elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites.

## **E. 10**

Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité que présente le 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 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). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité

- 30 - 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 (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16). b) Pour fixer le revenu d'invalidité d'une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe 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). c) 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 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec

- 31 - invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2). d) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C\_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2). e) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les données de l'ESS 2018 (tableau TA1\_skill\_level), tant pour le revenu avec que sans invalidité, en retenant le revenu mensuel moyen applicable au niveau de compétence 1 correspondant aux tâches physiques ou manuelles simples, pour les hommes, tous secteurs confondus, qu'il a indexé à 2022 et adapté à la durée moyenne du travail en Suisse de 41,7 heures par semaine en 2022. Il a motivé ce choix par le fait que le recourant n'avait plus d'activité lucrative depuis plusieurs années et qu'il n'avait pas repris l'exercice d'une activité adaptée. L'assuré ne conteste pas le recours à cette statistique pour les deux termes de la comparaison. Il critique en revanche l'absence d'abattement pour déterminer le revenu avec invalidité, estimant que ses limitations fonctionnelles et son âge justifient une telle réduction. f) Dans le cas présent, c'est de manière non critiquable que l'office intimé n'a pas opéré d'abattement sur le revenu d'invalidité. aa) La jurisprudence considère que, dans l'ESS, le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu

- 32 - contraignantes. En conséquence, il s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, de sorte que ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les intéressés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides (cf. TF 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et la référence). bb) Quant à l'âge du recourant, à savoir 58 ans au moment de la décision litigieuse, seul un abattement de l'ordre de 10 % tout au plus pourrait être envisagé, compte tenu de la durée prévisible des rapports

de travail avant l'âge légal de la retraite. Le degré d'invalidité, qui équivaldrait donc au taux d'abattement de 10 %, serait insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. cc) En tout état de cause, la question de l'abattement peut demeurer indéterminée, dans la mesure où, quel que soit l'étendue de l'abattement retenu, un droit à une rente de l'assurance-invalidité ne pourrait pas s'ouvrir, en l'absence d'un degré d'invalidité suffisant.

#### **E. 11**

En résumé, il convient de retenir que la situation médicale du recourant s'est objectivement détériorée depuis le mois de mars 2016, mais pas dans une ampleur suffisante pour permettre l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

#### **E. 12**

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

#### **E. 13**

a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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.

- 33 - 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.