

VD_GERICHTE ZD23.005800 vom 11. September 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-09-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.005800

FR: VD_GERICHTE ZD23.005800 du 11 septembre 2023

IT: VD_GERICHTE ZD23.005800 del 11 settembre 2023

Erwägungen

E. 4

a) 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 LPGGA).

- 14 - b) 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). c) Il découle de l'art. 61 let. c LPGGA 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 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). d) 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. 5

a) L'OAI a retenu, sur la base des conclusions de l'expertise du Bureau d'expertise N. _____, que l'assuré avait été incapable de travailler du 24 novembre 2017 au 2 janvier 2019 et que, depuis lors, il était à nouveau capable de travailler à 100 % dans toutes activités. Le recourant conteste pour sa part l'appréciation de sa capacité de travail. b) Au plan formel, l'expertise du Bureau d'expertise N. _____ satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel rapport. En effet, les experts ont individuellement rencontré le recourant et rédigé un rapport détaillé dans leur spécialité. Ils ont ensuite confronté leurs conclusions lors d'une appréciation consensuelle qui a fait l'objet d'un rapport se prononçant sur l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'intéressé. Les experts ont de surcroît fondé leur appréciation sur un dossier médical complet et procédé à une anamnèse approfondie. Ils ont tenu compte des plaintes alléguées par l'assuré et les ont examinées au regard de leurs constatations cliniques. Ils ont posé des conclusions claires et motivées, après analyse des ressources, de la cohérence, de la plausibilité et la mise en évidence de facteurs de surcharge. Ce faisant, les experts ont exclu tout diagnostic incapacitant, tant sur le plan de la médecine interne, de la rhumatologie que de la psychiatrie. Ils ont retenu les diagnostics d'hypotension artérielle, de syndrome lombaire non déficitaire sur status après intervention pour hernie discale L5-S1 droite le 3 juillet 2018 et discopathie L5-S1 (M51.2), de petite fissure labro-cartilagineuse de la hanche gauche (M25.55) et d'épisode dépressif moyen, avec syndromes somatiques (F32.11). Ces diagnostics n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail. Ainsi, au plan de la médecine interne, l'experte P. _____ a exclu toute pathologie, relevant tout au plus une hypotension artérielle, à l'issue de son examen clinique effectué par système. Aucune incapacité de travail ne se justifiait du point de vue de la médecine interne.

- 16 - Au plan rhumatologique, l'assuré a rapporté à l'expert qu'il souffrait de douleurs paravertébrales lombaires en barre, irradiées à la fesse gauche et au pli inguinal gauche jusqu'au talon, y compris la nuit, que la toux déclenchait des décharges électriques localisées dans la région paravertébrale lombaire, et que son périmètre de marche était limité à 15 minutes. Lors de l'examen clinique, l'expert D. _____ a observé une limitation de la mobilité lombaire pour la flexion et l'antéflexion gauche. Il a noté l'absence de signes de compression radiculaire des membres inférieurs, relevant au demeurant un contexte d'autolimitations importantes. En particulier, lors du testing musculaire de tout l'hémicorps gauche, et lors de l'examen des membres inférieurs, spécialement à gauche, l'assuré ne pouvait pas réaliser une extension complète du genou en décubitus dorsal ; en décubitus latéral, ce pseudo- flessum du genou gauche avait toutefois disparu. La mobilité des coxo- fémorales, signalée comme douloureuse en particulier à gauche, était dans les normes, tout comme les amplitudes articulaires périphériques. L'expert a rapporté que l'assuré s'était montré plaintif et peu collaborant. Il a encore relevé des incohérences : l'assuré avait accentué sa boiterie à gauche lorsqu'il se savait observé et déclarait être incapable de se coucher sur le dos, alors que la motricité spontanée était très peu limitée. L'expert a encore écarté le diagnostic d'hypermobilité, posé par le Dr Z. _____, au motif que le score de Brighton était de zéro. Fort de son évaluation, l'expert a constaté qu'une partie des données subjectives ne se retrouvait pas à la clinique. L'expert a ainsi conclu que l'assuré avait été incapable de travailler dans toutes activités dès le 24 novembre 2017 jusqu'au 2 janvier 2019, dite incapacité étant motivée par une hernie discale ayant nécessité une intervention chirurgicale. Au plan psychique, l'expert J. _____ a relevé, à l'examen,

un épisode dépressif moyen, avec syndromes somatiques qui avait débuté en mai 2019, date de la séparation d'avec son épouse. L'assuré présentait une humeur triste, une baisse d'intérêt, une baisse d'estime de soi, des difficultés d'endormissement, une baisse d'élan vital, sans idées suicidaires. Il n'y avait pas d'éléments psychotiques associés, car même si l'assuré présentait une méfiance excessive, il relatait être victime

- 17 - d'humiliations, mais également, de menaces de la part des membres de la famille de son épouse. Il n'y avait pas d'interprétation et pas d'hallucinations. Le trouble dépressif n'était pas récurrent car il n'existait pas d'antécédents de dépression par le passé chez l'assuré ou d'antécédents familiaux psychiatriques et, depuis novembre 2019, date de son tentamen, il existait un continuum dépressif. Ce tentamen, par intoxication médicamenteuse volontaire, était survenu dans un contexte de geste brutal, impulsif, faisant suite à une intolérance à la frustration de ne pas voir sa fille. Aucun traitement antidépresseur n'avait été introduit à la suite de cet événement. Une amélioration rapide avait par ailleurs été constatée. L'assuré ne présentait pas de troubles cognitifs majeurs. L'expert a exclu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant même s'il existait des douleurs chroniques, non entièrement expliquées par un processus physiologique sous-jacent : certes, l'assuré ne faisait quasiment rien chez lui, mais il ne cherchait pas de bénéfices secondaires. L'expert a au demeurant exclu les diagnostics de la lignée anxieuse, de trouble de la personnalité paranoïaque, trouble de la personnalité évitante ou dépendante, trouble de la personnalité émotionnellement labile, en précisant pour chacun quels critères diagnostiques étaient absents. L'expert psychiatre s'est également prononcé, de manière argumentée et détaillée, sur les rapports au dossier établis par les psychiatres. Dans ce contexte, il a exposé que le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques, tel que posé par la Dre F. _____ le 30 juillet 2021, paraissait adéquat, tout comme la passivité décrite par le Dr B. _____ dans son rapport du 26 mai 2021 dans la journée type de l'assuré, même si la description différait de celle qu'il lui avait faite s'agissant du lever et du coucher. Il a expliqué les raisons pour lesquelles il excluait le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère, posé par la Dre F. _____ dans son rapport du 25 août 2021, précisant encore qu'aucun trouble de la personnalité ne pouvait être retenu au motif que l'assuré avait pu fonctionner normalement jusqu'en 2019, date de l'apparition de conflits avec son épouse. Il avait par ailleurs expliqué les raisons pour lesquelles le trouble somatoforme était exclu, bien que retenu par les psychiatres de la Clinique X. _____. L'expert a encore constaté que le taux plasmatique de

- 18 - Trazodone était indétectable dans le bilan biologique réalisé à l'occasion de l'expertise, ce qui était un signe d'inobservance médicamenteuse. Or, en prenant correctement le traitement médicamenteux et en continuant le suivi psychiatrique et psychologique, les chances d'amélioration étaient réelles. L'expert n'a au demeurant constaté aucune incohérence clinique, à l'exception de cette inobservance médicamenteuse. Il a enfin procédé à l'analyse des ressources, capacités et difficultés de l'assuré. Dans ce cadre, il a relevé que l'assuré disposait de ressources, notamment sa fratrie et ses parents, qu'il pouvait conduire, que sa capacité de jugement et de prise de décision était présente, tout comme sa capacité d'adaptation aux règles et aux routines, avec toutefois des difficultés à s'adapter aux situations nouvelles. L'expert psychiatre a ainsi conclu qu'il n'y avait pas de baisse de performance, la fatigue, la fatigabilité et l'envahissement du champ de pensée par les douleurs et les soucis socio- professionnels n'étaient pas d'intensité suffisante. L'assuré était pleinement capable de travailler, du point de vue psychiatrique. c)

Aucune pièce au dossier ne vient mettre en cause les conclusions probantes des experts. Le recourant n'a étayé son recours au moyen d'aucun rapport médical et les rapports produits lors de la phase d'objection au projet de décision ont fait l'objet d'une analyse détaillée par les experts. d) Partant, l'OAI était légitimé à se fonder sur les conclusions des experts et à retenir que l'assuré avait été incapable de travailler en raison de sa hernie discale opérée du 24 novembre 2017 au 2 janvier 2019. Or, si l'incapacité de travail a débuté le 24 novembre 2017, la demande de prestation n'a été déposée que le 28 décembre 2018. Cela a pour corollaire que le droit au versement de la rente ne pouvait prendre naissance que le 1er juin 2019, soit à l'échéance du délai de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI. Dès lors qu'au 1er juin 2019, la capacité de travail du recourant était à nouveau entière, aucune prestation ne pouvait être versée.

- 19 -

E. 6

a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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