

# VD\_GERICHTE ZD23.017790 vom 23. Juli 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-07-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD23.017790](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.017790)

FR: VD\_GERICHTE ZD23.017790 du 23 juillet 2024

IT: VD\_GERICHTE ZD23.017790 del 23 luglio 2024

## 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré

- 18 - d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI celle qui a précédé le premier

octroi. La jurisprudence a précisé que l'art. 29bis RAI est applicable seulement au calcul de la période d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, mais pas à la détermination de la période d'attente selon l'art. 29 al. 1 LAI. Ainsi, en cas de nouvelle demande de rente, le délai de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI doit être respecté, celui-ci étant de nature procédurale (ATF 142 V 547 consid. 3).

- 19 - 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 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) 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) En l'occurrence, conformément aux exigences posées à l'art. 44 LPGA, l'OAI a donné connaissance au recourant du nom des experts ainsi que des questions qui allaient leur être soumises. Cela étant, il faut remarquer qu'il y a finalement eu un changement d'expert puisque

- 20 - c'est la Dre L. \_\_\_\_\_ qui a examiné l'assuré sur le plan ORL et non pas le Dr [...], comme annoncé. Il ne semble pas que l'OAI ait été informé de ce changement puisque son dossier ne contient aucune communication de la part de F. \_\_\_\_\_ à ce sujet. En tout état de cause, on constate que le recourant n'a émis aucun grief à l'encontre de la Dre L. \_\_\_\_\_, si bien que ce remplacement d'expert demeure sans influence. L'expertise de F. \_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante sur le plan formel. Les experts ont en effet pris leurs conclusions de manière consensuelle en pleine connaissance du dossier du recourant et de son anamnèse, après avoir entendu ses plaintes et procédé à un examen clinique détaillé. b) Sur le plan de la médecine interne, le Dr E. \_\_\_\_\_ a conclu à l'existence d'une hypertension artérielle insuffisamment traitée, d'une hypothyroïdie post-actinique traitée, d'une anamnèse de bronchopneumonie en 1999, d'une anamnèse de salmonellose en 1993, de malaises de typo vasovagal, d'une anamnèse d'asthme et de status après kyste coccygien opéré. Ces diagnostics n'empêchent pas l'exercice d'une activité à

100 % depuis toujours, y compris l'activité habituelle. c) Sur le plan rhumatologique, le Dr O.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de cervicalgies, sans irradiation dans les membres supérieurs, sur discopathies et fibrose myofasciale post radiothérapie et celui, sans impact sur la capacité de travail, d'hypoesthésie non systématisée et sans cause retrouvée de l'hémicorps gauche. Il relève que les douleurs cervicales sont secondaires à des discopathies exacerbées dans les suites du traitement pour la tumeur. Il estime que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle est nulle depuis 1999, du fait que ses limitations fonctionnelles sont incompatibles avec l'activité de chauffeur-livreur, l'assuré ne devant pas faire d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, ni porter des charges de plus de 10 kg proche du corps, et devant éviter les mouvements de porte-à-faux ou de rotation répétée du rachis cervical. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail est de 100 %.

- 21 - Ces limitations fonctionnelles rejoignent celles qui avaient été arrêtées en 2003 par le Dr J.\_\_\_\_\_ dans le cadre de l'examen SMR (nécessité de pouvoir alterner régulièrement la position assise et la position debout environ 2x/heure, pas de travail imposant le maintien de la nuque dans une position extrême en flexion et/ou en inclinaison/rotation latérale immobile prolongée, pas de soulèvement régulière de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc). L'assuré présentait déjà des cervicalgies pour lesquelles le Dr J.\_\_\_\_\_ avait retenu le diagnostic de discrets troubles statiques et dégénératifs cervico-lombaires. La situation ne s'est ainsi pas particulièrement modifiée au niveau rhumatologique, du moins pas dans le sens d'une aggravation. On peut en effet constater que les diagnostics de discrète polyneuropathie sensitive aux membres supérieurs et inférieurs, de probable instabilité de l'épaule gauche et de fracture de stress de la diaphyse tibiale droite posés en 2003 par le Dr J.\_\_\_\_\_ ne sont plus retenus par le Dr O.\_\_\_\_\_. Le Dr J.\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs mentionné que la fracture de stress pouvait probablement être considérée comme un phénomène transitoire, sans signification clinique durable. Les deux rhumatologues ont en outre constaté une discordance entre l'importance des plaintes douloureuses et les constatations objectives mineures, à la fois sur le plan clinique et radiologique (examen SMR p. 5, expertise F.\_\_\_\_\_ p. 31). d) Le volet psychiatrique de l'expertise a été confié au Dr I.\_\_\_\_\_. aa) Cet expert conclut notamment à l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), en raison de l'existence de douleurs multiples, variables en intensité et dans le temps, non expliquées entièrement par un processus physiologique sous-jacent. Il

- 22 - indique que ce syndrome évolue depuis les années 2000, étant rappelé qu'il avait déjà été diagnostiqué par la Dre A.\_\_\_\_\_ en 2003 et également retenu par le Dr G.\_\_\_\_\_ en 2013. Le Dr I.\_\_\_\_\_ pose également le diagnostic de trouble anxieux phobique sans précision (F40.9). Il ne retient pas de véritable épisode dépressif, en l'absence d'un ralentissement psychomoteur, d'anhédonie, de perte d'appétit, de sommeil ou de libido. Il considère que le recourant présente des manifestations anxieuses atypiques. Ce dernier décrit des difficultés d'adaptation à des situations nouvelles, avec une tendance à manquer de persévérance et une inquiétude marquée de devoir changer de mode de fonctionnement ; il est très centré sur ses manifestations somatiques (expertise F.\_\_\_\_\_ p. 22). En 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_ avait déjà constaté une nette stabilisation de l'état du recourant, qui n'exprimait plus de crainte d'une détérioration de sa situation générale ni de hantise de finir dans une chaise roulante, mais qui montrait uniquement des traits anxieux, qui ne

justifiaient plus le diagnostic d'une dysthymie ou d'un trouble anxieux et dépressif mixte comme manifestation chronique du trouble de l'adaptation retenu en 2003 par la Dre A.\_\_\_\_\_ (expertise G.\_\_\_\_\_ p. 13). Lors de son entretien, le Dr I.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté le trouble de personnalité narcissique avec des traits paranoïaques retenu par la Dre A.\_\_\_\_\_ en 2003 ni la personnalité narcissique, non décompensée, à laquelle le Dr G.\_\_\_\_\_ a conclu dans son expertise de 2013. Le Dr I.\_\_\_\_\_ exclut également une autre forme de trouble de la personnalité (expertise F.\_\_\_\_\_ p. 22). Le Dr I.\_\_\_\_\_ a tenu compte des rapports des psychiatres traitants du Centre B.\_\_\_\_\_ des 17 février 2020 et 16 mars 2021, dont il a comparé le contenu à ses observations, relevant notamment que le Dr Y.\_\_\_\_\_ évoquait une reprise progressive du travail par paliers de 20 % (expertise F.\_\_\_\_\_ p. 23). Il s'est également référé à l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, en précisant que la présentation clinique décrite par ce dernier est assez similaire à celle qu'il a constatée. Il relève à cet égard que la

- 23 - description d'une journée type était très proche de celle que l'assuré a pu en faire lors de l'expertise F.\_\_\_\_\_, ce qui prouvait que la symptomatologie était restée la même depuis lors et que les activités spontanées étaient restées faibles. Il conclut que dans une activité répétitive, sans prise de décision immédiate ni traitement simultané d'informations multiples, une activité est possible à 100 %, par paliers progressifs de 20 à 30 % tous les trois mois, ce qui est possible depuis au moins le 28 janvier 2013, date de l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ dont les conclusions sont quasiment identiques aux siennes (expertise F.\_\_\_\_\_ p. 24). Il apparaît ainsi, sur la base de l'appréciation du Dr I.\_\_\_\_\_, qu'il n'y a pas eu de modification de la situation depuis 2013. bb) Dans son recours, le recourant estime que ses atteintes psychiques empêchent sa réintégration professionnelle en l'état, du fait qu'il présente un trouble somatoforme douloureux accompagné d'une comorbidité psychiatrique, se prévalant de la jurisprudence à cet égard. Les arrêts qu'il cite ne sont toutefois plus d'actualité. Le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, à l'instar de tous les troubles psychiques, est désormais évalué en fonction d'un catalogue d'indicateurs (cf. consid. 4e ci-dessus). Le Dr I.\_\_\_\_\_ les a pris en compte dans son appréciation. Il a ainsi tenu compte de la gravité inhérente aux diagnostics retenus, constatant que l'assuré ne présentait pas de douleur massive au moment de l'entretien, qu'il pouvait se lever et surtout rester assis longtemps sans manifestations douloureuses, qu'il avait une légère tendance à la victimisation et un sentiment de préjudice peu marqué. Il a tenu compte du traitement instauré, estimant qu'une augmentation de la posologie de Mirtazarpine pourrait être envisagée et que la poursuite de la psychothérapie était souhaitable. Il a exclu un éventuel trouble de la personnalité et a apprécié les capacités, ressources et difficultés du recourant. Il a ainsi constaté que le recourant avait une intelligence normale, pouvait faire preuve d'humour et était sociable même s'il sortait moins. Il présentait en revanche une baisse de ses compétences et de persévérance, mais son contact était bon. Il était

- 24 - capable de travailler en groupe, d'organiser et planifier les tâches, comme en témoignait le déroulement de sa journée-type. Il présentait un déconditionnement au travail. Il avait le permis de conduire et pouvait également se déplacer en transports publics. Il s'adaptait bien à la routine mais avait du mal à s'adapter aux situations nouvelles, qu'il craignait tout particulièrement et avait une certaine rigidité (expertise F.\_\_\_\_\_ p. 23). Au niveau de la cohérence, le Dr I.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré n'avait pas présenté de manifestations douloureuses et s'était mobilisé facilement. Le recourant avait décrit une

fatigue très importante que l'expert qualifiait plutôt de légère (expertise F. \_\_\_\_\_ p. 22). C'est dès lors de manière motivée et convaincante que l'expert psychiatre a conclu à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui avait pu progressivement être retrouvée dès 2013. Il convient également de rappeler que dans le rapport du 17 février 2020, le psychiatre traitant du recourant ne s'est pas prononcé sur sa capacité de travail et que, dans celui du 16 mars 2021, il avait envisagé la reprise progressive d'une activité lucrative. e) Au niveau ORL, la Dre L. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de carcinome lymphoépithélial du cavum en 1999, de sialadénite chronique avec troubles de la sécrétion salivaire, de chéilite commissurale et de radiodermite chronique. Elle explique que le traitement par radiothérapie et chimiothérapie a généré plusieurs conséquences très invalidantes au niveau de la sphère ORL, avec xérostomie marquée, dysphagie, jetage nasal, odynophagie, fausses routes fluctuantes, dysarthrie, dysphonie, sans oublier les conséquences d'ordre musculosquelettique avec trismus, atteinte de la fonction articulaire cervicale, respectivement cervico- scapulaire avec douleurs locorégionales fluctuantes. Elle précise que ces séquelles sont à vie et qu'aucune autre thérapie ne pourra soulager l'expertisé de ces symptômes. Elle estime que ces séquelles entravent significativement les fonctions d'alimentation, de communication et la capacité physique du recourant. Elle mentionne que la préparation des aliments et les repas nécessitent quasiment 4 heures par jour, avec un état de fatigue secondaire important, si bien que le recourant ne peut manger dans des lieux publics en vitesse. Sa capacité de travail dans son

- 25 - activité habituelle est jugée nulle depuis 1999 et l'experte ORL retient l'existence d'une capacité de travail de 50 % au maximum dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire ne nécessitant pas beaucoup de communication avec l'entourage et aucun effort physique, de type gestion de stock. Les rapports médicaux des médecins traitants ne permettent pas d'aller à l'encontre des conclusions de l'experte ORL. Dans son rapport du 17 décembre 2018, la Dre V. \_\_\_\_\_ est d'avis que, dans son état physique actuel et son état de stress et d'anxiété constant, il n'était pas envisageable que l'assuré reprenne un travail de chauffeur de camion et que, si les experts de l'Al souhaitaient qu'il reprenne une activité professionnelle, il était important qu'ils puissent organiser un séjour d'évaluation professionnelle et qu'ils envisagent une reconversion professionnelle. Elle estimait fort probable que l'assuré puisse retrouver une activité dans un atelier protégé, à temps partiel, mais qu'il ne serait vraisemblablement plus capable de reprendre une activité lucrative régulière, même à 60 ou 80 % de taux d'activité. Il faut constater que l'évaluation de la Dre V. \_\_\_\_\_ tient compte de l'anxiété du recourant, qui n'a pas été jugée invalidante par l'expert psychiatre. En outre, elle reconnaît l'existence d'une capacité de travail partielle dans un atelier protégé, mais n'explique pas pour quelles raisons cette même capacité de travail ne pourrait pas être mise en œuvre dans l'économie libre. Si elle considère qu'une capacité de 60 à 80 % dans une activité régulière ne pourrait pas être atteinte, il faut rappeler à cet égard que l'experte ORL limite la capacité de travail exigible à un taux de 50 %. Le Dr T. \_\_\_\_\_ considère, dans son rapport du 16 octobre 2020, que la rente d'invalidité de l'assuré ne doit pas être réduite, ignorant sûrement que tel a été le cas. Il n'indique cependant pas concrètement les éléments qui empêcheraient le recourant d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à taux partiel.

- 26 - Dans son rapport du 18 décembre 2020, la Dre X. \_\_\_\_\_ du service ORL du S. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail, mais a retenu des limitations

fonctionnelles, à savoir l'évitement des activités en positions uniquement debout ou assis, ou dans différentes positions, les activités exercées principalement en marchant, en se penchant ou les bras au-dessus de la tête, ainsi que le port de charges. Ces limitations sont dans leur ensemble respectées dans la capacité de travail arrêtée par la Dr L. \_\_\_\_\_, qui a conclu à l'exercice d'une activité sédentaire sans aucun effort physique. Le rapport du Dr U. \_\_\_\_\_ du 20 mars 2023 produit à l'appui du recours ne permet pas non plus d'aller à l'encontre des conclusions de l'experte ORL. Il mentionne avoir beaucoup de peine à imaginer l'assuré reprendre une quelconque activité, si adaptée et réduite soit-elle, rappelant que l'assuré présente des douleurs résiduelles, invalidantes et non calmées par les mesures mises en place. Son appréciation ne contient cependant pas d'élément objectif permettant de remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail faite par la Dre L. \_\_\_\_\_. Quant au Dr Q. \_\_\_\_\_, celui-ci tient compte dans ses rapports des 13 octobre et 18 décembre 2020 de l'ensemble des atteintes présentes pour conclure à l'absence de toute capacité de travail, y compris en retenant l'existence d'une dépression, laquelle n'a pas été retrouvée par l'expert psychiatre. En outre, ses rapports ne font que lister l'ensemble des antécédents, des diagnostics retenus et des examens réalisés, sans contenir de constat médical détaillé. Ils ne sauraient dès lors remettre en question les conclusions de l'expertise du F. \_\_\_\_\_. Dans son courrier du 15 mars 2023, il indique que la xérostomie post-radique justifie à son avis une incapacité totale à une quelconque reprise de l'activité lucrative, l'assuré devant constamment vivre avec une bouteille d'eau pour essayer d'hydrater ses muqueuses buccales. Il s'agit précisément d'une limitation fonctionnelle dont la Dre L. \_\_\_\_\_ a tenu compte. Il est vrai, comme le relève le Dr Q. \_\_\_\_\_, que l'experte ORL n'a pas fait mention de la paralysie de la corde vocale gauche. Cela étant, elle a pris en compte l'ensemble des limitations impliquées par les séquelles ORL,

- 27 - notamment les troubles de la déglutition, les efforts pour avaler sans fausse route dans la voie respiratoire et la dysphonie, à savoir les atteintes provoquées par cette paralysie selon le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 16 octobre 2020. f) Dans le volet d'expertise oto-rhino-laryngologique, la Dre L. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la date à partir de laquelle la capacité de travail du recourant a été limitée à 50 % dans une activité adaptée sur le plan ORL. C'est uniquement dans la partie consensuelle que les experts retiennent, de manière globale, une capacité de travail limitée à 50 % pour des raisons ORL depuis 2017 (expertise F. \_\_\_\_\_ p. 5). Ils ne motivent toutefois nullement pourquoi ils font remonter le début de cette incapacité de travail partielle à cette date. Dans son avis SMR du 12 août 2022, la Dre C. \_\_\_\_\_ estime que les experts ont tenu compte de la suppression de rente en 2017, en raison de l'amélioration psychiatrique, pour fixer la capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % depuis lors pour des motifs ORL. La Dre C. \_\_\_\_\_ relève que les séquelles ORL étaient toutefois présentes de longue date et qu'on peut considérer que la capacité de travail limitée à 50 % sur le plan ORL existe depuis de nombreuses années, qu'il est difficile de préciser quand, peut-être déjà depuis 1999 – bien que l'examen rhumato-psychiatrique SMR de 2003 n'en ait pas tenu compte – et que cette capacité limitée existait vraisemblablement avant la suppression de la rente. Ces considérations ne sauraient être totalement suivies. Il n'est pas contesté que le recourant souffre de séquelles du traitement de son cancer depuis 1999. Celles-ci étaient connues lors de l'examen SMR de 2003, lors duquel l'assuré s'était plaint, sur le plan ORL, d'une importante sécheresse buccale l'obligeant à boire très souvent et ne lui permettant de manger que des aliments extrêmement lisses et humides, d'une diminution de l'ouverture buccale avec parfois des douleurs très importantes au niveau de la mâchoire inférieure lors de la mastication et de

l'existence parfois de sécrétions oro-pharyngées qu'il n'arrivait pas à expectorer et pour lesquelles il devait de temps à autre être aspiré au service ORL du S.\_\_\_\_\_ (examen SMR p. 2). Ces séquelles

- 28 - n'avaient alors pas été jugées invalidantes, seule la nécessité de pouvoir interrompre très fréquemment son activité pour boire un peu d'eau avait été retenue comme limitation fonctionnelle. Il ressort des pièces du dossier que les séquelles du traitement de radiothérapie et chimiothérapie se sont aggravées depuis la dernière décision de l'OAI du 19 mai 2017. Lors des consultations des 21 mars et 12 novembre 2018 à la [...], le recourant a fait état d'une xérostomie avec difficulté grandissante à l'alimentation et d'une aggravation progressive depuis un à deux ans d'une dysphagie avec fausses routes solide et liquide en augmentation. A l'occasion de la consultation du 26 juin 2019 à la [...], le recourant s'est plaint de dysphagie en péjoration depuis quelques mois avec un important moment de fatigue en fin de repas en raison de la concentration nécessaire. Cette situation de péjoration de la dysphagie, accompagnée de sensations d'étouffement et de jetage nasal, a motivé la réalisation d'une vidéofluoroscopie le 26 juillet 2019, qui a mis en évidence un larynx figé entraînant une stagnation du bolus solide au niveau de l'oro-pharynx et de l'hypopharynx. A partir du courant de l'année 2019, le recourant a régulièrement présenté, au réveil, des croûtes de sang dans la bouche et s'est plaint d'une dysphonie (rapport des consultations des 14 novembre et 18 décembre 2019 à la [...]). L'IRM réalisée le 15 novembre 2019 a évoqué une paralysie partielle de la corde vocale gauche (rapports du 3 février 2020 à la [...] et du 24 février 2020 au service ORL du S.\_\_\_\_\_). Dans son rapport du 16 octobre 2020, le Dr T.\_\_\_\_\_ atteste d'une aggravation depuis 2014 avec une dysphonie et des troubles de la déglutition dès 2019 dus à la paralysie de la corde vocale gauche, qui exige de gros efforts pour avaler sans fausses routes dans la voie respiratoire. Il mentionne également une aggravation des douleurs cervicales. Fin 2018, l'assuré s'est en effet plaint des nuchalgies de plus en plus douloureuses, lesquelles ont même conduit à une syncope en novembre 2018 (rapports du 18 novembre 2018 du service des urgences du S.\_\_\_\_\_ et du 15 décembre 2018 à la [...]). La majorité de ces cervicalgies est probablement due à une fibrose myofasciale cervicale post radiothérapie (rapport du 19 août 2020 des Drs D.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_).

- 29 - L'examen des pièces médicales versées au dossier permet par conséquent de constater que le recourant souffre certes de séquelles du traitement de son cancer depuis 1999, mais que ces séquelles se sont aggravées après la décision de l'OAI du 19 mai 2017. Dans son avis du 12 août 2022, la Dre C.\_\_\_\_\_ du SMR propose de retenir la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis le 30 novembre 2018, date de l'examen par la Dre V.\_\_\_\_\_, qui objective les séquelles multiples dans son rapport du 17 décembre 2018. Il n'apparaît en l'occurrence pas nécessaire de fixer précisément la date d'aggravation de l'état de santé du recourant, à partir de laquelle seule une capacité de travail de 50 % pouvait être exigée de lui, puisqu'il ressort des développements qui précèdent que cette aggravation a eu lieu entre la dernière décision de l'OAI du 19 mai 2017 et le dépôt de sa nouvelle demande de prestations le 16 septembre 2020.

## **E. 6**

a) Dans son recours, le recourant conteste que cette capacité de travail puisse réellement être mise en œuvre sur le marché du travail, au vu de ses atteintes à la santé, de ses limitations fonctionnelles, de son âge et de la durée de la rente qui lui a été allouée. b) Pour évaluer le taux d'invalidité, l'art. 16 LPGA se réfère à l'activité qui peut encore

raisonnablement être exigée sur un marché du travail équilibré. Cette notion théorique et abstraite sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b). c) La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement

- 30 - restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C\_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C\_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], op. cit., n° 24 ad art. 7). d) S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; TF 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_188/2019 du

## **E. 10**

septembre 2019 consid. 7.2 ; TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

- 31 - Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_188/2019 précité consid. 7.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). e) En l'occurrence, il convient tout d'abord de rappeler que la suppression du droit à la rente d'invalidité du recourant est intervenue par décision de l'OAI du 19 mai 2017,

confirmée sur recours par arrêt du 25 juin 2018 (AI 205/17 – 186/2018). Dans la mesure où la reprise d'une activité a déjà été jugée exigible à cette époque, on ne saurait réexaminer cette question au regard de l'âge du recourant et du fait qu'il a bénéficié d'une rente d'invalidité pendant de nombreuses années. On peut d'ailleurs préciser qu'au moment où la récupération d'une capacité de travail a été admise par le Dr G. \_\_\_\_\_, le recourant était âgé de 48 ans seulement et qu'il a ensuite, à plusieurs reprises, refusé toute mesure d'ordre professionnel en vue de sa réinsertion sur le marché de l'emploi (arrêt CASSO AI 205/17 – 186/2018 consid. 5b et 7). S'agissant de la capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée qui lui est désormais reconnue, il faut également constater que rien ne s'oppose à sa mise en œuvre sur le marché de l'emploi. Les limitations fonctionnelles du recourant, telles que reconnues par les experts, limitent certes quelque peu les postes qui lui sont accessibles – ce dont l'OAI a d'ailleurs tenu compte en retenant un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidité (cf. consid. 7d ci-dessous) – mais ne rendent pas l'exercice d'une activité lucrative illusoire. L'experte ORL a, compte tenu des limitations fonctionnelles arrêtées, envisagé l'exercice d'une activité sédentaire ne nécessitant pas beaucoup de communication avec l'entourage en raison de la dysarthrie et aucun effort

- 32 - physique, de type gestion de stock. Le service de réadaptation de l'OAI a considéré que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, le travail d'usinage, de montage et de contrôle, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, mécanique ou encore la production pharmaceutique ou d'instruments de mesures ou médicaux (cf. feuille de calcul du salaire exigible du 19 octobre 2022). Le recourant n'avance pas d'élément qui permettrait d'estimer que ces activités ne lui sont pas accessibles. 7. a) 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 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.], op. cit., n° 25 et n° 33 ad art. 16). b) Pour 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

- 33 - 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 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 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) En l'occurrence, le recourant ne critique pas le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé à l'OAI. C'est de manière erronée que l'OAI s'est référé à l'année 2019 pour effectuer ce calcul dans la mesure où le droit à la rente ne s'ouvrirait qu'en 2021, à savoir six mois après la nouvelle demande de prestations. Cela étant, cette imprécision demeure sans effet dans la mesure où tant le revenu avec que celui sans invalidité ont été calculés sur la base de l'ESS et que l'indexation des revenus en question jusqu'en 2021 serait la même et n'influencerait dès lors pas le degré d'invalidité fixé. L'abattement de 5 % auquel l'OAI a procédé pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant n'est pas contesté

- 34 - et n'apparaît effectivement pas critiquable. Le taux d'invalidité de 52,5 %, arrondi à 53 %, peut dès lors être confirmé. Celui-ci donne droit au recourant à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er mars 2021, compte tenu du délai de six mois à compter du dépôt de la nouvelle demande de prestations, lequel s'applique également en cas de reprise d'invalidité comme c'est le cas en l'espèce (cf. consid. 4c). 8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté, dans la mesure où il est recevable. b) 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. c) 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.