

# VD\_GERICHTE ZD23.034807 vom 29. Juli 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-07-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD23.034807](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.034807)

FR: VD\_GERICHTE ZD23.034807 du 29 juillet 2024

IT: VD\_GERICHTE ZD23.034807 del 29 luglio 2024

## Erwägungen

### E. 15

août 2023, recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 12 juin 2023 en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en demandant l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier à l'Office AI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire pour établir sa capacité de travail résiduelle de manière précise. En substance, le recourant reprochait à l'Office AI d'avoir mal instruit le cas sur le plan médical, opposant à l'expertise mise en œuvre par l'Office AI les

- 10 - conclusions de l'expertise judiciaire de janvier 2021, plus complète que la nouvelle expertise du J.\_\_\_\_\_ de janvier 2023. Dans sa réponse du 21 septembre 2023, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a relevé le caractère probant de la dernière expertise J.\_\_\_\_\_, estimant que les critiques de l'assuré n'étaient pas de nature à modifier sa position. Il soulignait en particulier le fait que les Drs E.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, qui avaient déjà examiné l'assuré en 2017, étaient les mieux placés pour examiner l'évolution de son état de santé en lien avec le droit éventuel à des prestations d'assurance après le 15 mars 2018. A l'appui de sa réplique du 30 novembre 2023, l'assuré a fait verser à la cause deux rapports des 24 avril 2020 et 11 octobre 2023 du Dr L.\_\_\_\_\_, un rapport du 4 octobre 2023 du Dr C.\_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport du 13 novembre 2023 du Dr N.\_\_\_\_\_. Il faisait valoir qu'il était totalement incapable de travailler, son état de santé n'ayant eu de cesse de se dégrader depuis l'expertise judiciaire. Dans sa duplique du 8 janvier 2024, l'Office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours, produisant un avis SMR du 21 décembre 2023 auquel il se ralliait. Dans ses déterminations du 11 mars 2024, l'assuré a fait part de son état de santé « dramatique » avec la mise en œuvre d'un nouveau traitement destiné à combattre son affection rhumatologique axiale, versant à la cause un certificat médical du 11 mars 2024 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

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

droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est péjoré – de manière à influencer son droit à la rente – depuis le 15 mars 2018. b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1er janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). L'art. 88a al. 2 RAI prévoit que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

- 12 - En l'occurrence, dans le cadre de l'arrêt qu'elle a rendu le

## **E. 20**

décembre 2021 (cause AI 136/18 – 408/2021), la Cour de céans a retourné le dossier du recourant à l'intimé afin qu'il examine le droit du recourant à des prestations pour la période postérieure à la décision rendue le 15 mars 2018. Dans la mesure où il s'agit d'examiner le droit du recourant à des prestations pour la période antérieure au 1er janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit. 3. 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) 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

- 13 - 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). c) Selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une « second opinion » sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelle mesure et quelle étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 330 consid. 5.2 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; TF 8C\_776/2018 du 9 mai 2019 consid. 5.1 ; 9C\_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1 et les références citées ; cf. également JACQUES OLIVIER PIGUET, Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 10 ad art. 43 LPGA ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4ème éd., Zurich/Bâle/Genève 2020, nos 17 et 29 ad art. 43 LPGA). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. TF 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.2). 4. a) L'office intimé retient, en se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire qu'il a fait réaliser auprès du J. \_\_\_\_\_, que le recourant ne présente aucune atteinte à la santé durablement incapacitante au sens

- 14 - de l'assurance-invalidité et que sa capacité de travail est totale dans toute activité, si bien que la situation serait comparable à celle qui avait cours lors de sa décision précédente de refus de prestations. b) Ne partageant pas ce point de vue, le recourant estime avoir droit à une rente entière d'invalidité, invoquant une péjoration de son état de santé depuis la décision rendue le 15 mars 2018 par l'intimé en se prévalant du rapport d'expertise judiciaire et des rapports des médecins consultés. 5. a) Dans l'arrêt qu'elle a rendu le 20 décembre 2021 (cause AI 136/18 – 408/2021), la Cour de céans a considéré que, sur un plan purement somatique, prévalaient essentiellement des atteintes du rachis, dont tous les experts s'entendaient à dire qu'elles étaient sans effet sur la capacité de travail, ainsi que des troubles de la prostate. Les experts des HUG avaient classé la prostatite chronique parmi les atteintes incapacitantes mais sans motiver, ni même évoquer, ses répercussions éventuelles sur la capacité résiduelle de travail du recourant. Ils avaient indiqué que l'état du recourant entraînait une incapacité totale de travail due à la fois au syndrome douloureux somatoforme persistant, à la fibromyalgie et aux pathologies psychiques sans toutefois mentionner la prostatite parmi les atteintes péjorant la capacité de travail. De leur côté, les experts du J. \_\_\_\_\_ n'avaient pas reconnu d'effet incapacitant aux troubles prostatiques. En l'absence au dossier d'élément circonstancié et probant expliquant en quoi la pathologie prostatique, de type chronique, empêchait le recourant de travailler, la Cour s'était estimée fondée à s'écarter de la conclusion des experts des HUG et à retenir qu'il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la prostatite chronique altérait la capacité de travail et de gain du recourant. En l'absence d'un déficit organique clair expliquant le tableau douloureux du recourant, ou à tout le moins pas de manière probante, les experts s'étaient accordés sur la prévalence d'une symptomatologie douloureuse sans étiologie

déterminée, posant les diagnostics de syndrome douloureux pelvien chronique et de fibromyalgie. La divergence d'avis sur ce dernier diagnostic pouvait souffrir de demeurer non tranchée car l'examen des

- 15 - éventuelles répercussions de tels troubles devait se faire au regard de la grille des indicateurs fixée par le Tribunal fédéral. Au plan psychiatrique, la Cour de céans a retenu que le recourant présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant. Procédant à une évaluation globale des indicateurs selon la procédure probatoire structurée instaurée par le Tribunal fédéral, la Cour a retenu que le recourant bénéficiait, au moment de la décision du 15 mars 2018, de ressources suffisantes pour lui permettre de surmonter les déficits des atteintes psychosomatiques et psychiques, sans subir une diminution de sa capacité de travail. Elle a dès lors confirmé la pleine capacité de travail fixée par l'intimé dans l'activité habituelle de coiffeur et dans toute autre activité adaptée. Dans le cadre de son arrêt, la Cour a toutefois renvoyé le dossier à l'office intimé afin qu'il examine le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période postérieure à la décision entreprise. En tant que les conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_ retenaient l'existence d'un épisode dépressif moyen, elles ne pouvaient être prises en considération dans la mesure où ce diagnostic n'avait été constaté par le médecin traitant qu'en janvier 2020 et formellement posé par un spécialiste qu'en mai 2020, soit postérieurement à la décision litigieuse. Ainsi, une aggravation susceptible de mettre à mal de manière significative les ressources du recourant pour la période ultérieure à la décision querellée ne pouvait pas être exclue. b) Dans le cadre de la procédure qui a donné lieu à l'arrêt CASSO AI 136/18 – 408/2021, la Cour de céans a ordonné la réalisation d'une expertise judiciaire dont elle a confié le mandat aux Hôpitaux Universitaires de Genève. aa) Sur le plan somatique, le Dr W.\_\_\_\_\_ retenait les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de fibromyalgie avec un

- 16 - hémisyndrome droit (M79.70), de prostatite chronique (N41.1) et de syndrome douloureux pelvien chronique (R10.2). Lors de l'examen clinique, il avait constaté un sujet hyperalgique qui présentait un syndrome lombo-vertébral extrêmement important entravant la quasi-totalité des mouvements dans toutes les directions et avec des cris de douleurs au moindre mouvement. Il notait une sensibilité aux multiples enthèses, sans signe inflammatoire. L'examen neurologique réalisé montrait une diminution diffuse sans territoire précis particulièrement au niveau de la jambe droite en lien avec l'hémisyndrome partiel. Dans le cadre de son analyse globale pour déterminer les ressources (cf. pp. 20 –

## **E. 21**

du rapport d'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_), il avait observé une divergence entre certaines plaintes, l'examen clinique et les examens radiologiques ; il avait néanmoins exclu un trouble factice compte tenu des douleurs et de la sévérité du handicap fonctionnel découlant des diagnostics ainsi que de l'absence d'intérêt d'un trouble factice. Après avoir listé des limitations fonctionnelles résultant des atteintes à la santé physique diagnostiquées, l'expert était d'avis que l'état de santé actuel de l'expertisé justifiait une incapacité de travail totale dans toute activité. D'entente avec son confrère le Dr G.\_\_\_\_\_, il indiquait que cet état de santé déficient était à la fois lié au syndrome douloureux somatoforme persistant, à la fibromyalgie ainsi qu'à des pathologies psychiques, sans perspective d'amélioration significative avant plusieurs années. bb) Au niveau psychiatrique, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'épisode dépressif moyen (F32.1) ; il était d'avis que l'état de santé actuel du recourant était à

l'origine d'une totale incapacité de travail dans toute profession et qu'il était la conséquence à la fois du syndrome douloureux somatoforme persistant et de l'état dépressif. Les limitations fonctionnelles résultant du syndrome douloureux persistant étaient une fatigabilité, d'importantes difficultés de concentration, un besoin d'interruption pour du repos, et une incapacité d'activité prolongée. Les restrictions liées à la symptomatologie dépressive étaient une perte d'intérêt et de dynamisme, une incapacité à assumer une relation professionnelle avec une clientèle ou un groupe professionnel, une

- 17 - incapacité à résister au stress, et un risque de perte de contrôle comportemental en cas de crise anxieuse aiguë. L'expert psychiatre a relevé que le recourant situait le début de ses troubles à la santé psychique en février 2015, avec une évolution en dents de scie. Hormis la prescription d'un traitement médicamenteux par son médecin généraliste, il n'avait pas consulté de psychiatre, ni de psychologue. Si son état de santé général s'était partiellement amélioré, il restait marqué par la persistance de périodes de « blues », en particulier lors d'augmentation des douleurs causées par les traitements. Il avait ainsi débuté un suivi auprès du Dr C. \_\_\_\_\_ en février 2020 en raison de la dégradation de son état de santé psychique attestée par ses médecins. A la fin 2019, il avait présenté des idées noires, partiellement améliorées depuis le début d'un traitement médicamenteux et une prise en charge psychothérapeutique. Au jour de son examen, l'expert psychiatre observait des fonctions cognitives non perturbées chez le recourant qui s'exprimait avec clarté et précision. Les facultés de concentration et d'attention étaient diminuées, surtout après trois quarts d'heure d'entretien, sans accélération, ni ralentissement du cours de la pensée. Des signes d'anxiété étaient retrouvés avec une mimique crispée, une gestuelle nerveuse et des changements de position fréquents. Des signes neurovégétatifs d'angoisse à type de tremblements, sudations, soupirs d'oppression étaient également perceptibles. L'humeur était par ailleurs abaissée chez l'expertisé d'allure triste qui tenait un discours pessimiste dont l'attitude était également peu dynamique et qui, par moment, avait les larmes aux yeux. Des idées de mort, mais pas de suicide, étaient évoquées de manière spontanée. Il disait « vouloir se battre » pour ses proches en se plaignant de douleurs permanentes lors de mouvements des membres et du tronc en cours d'entretien pour trouver une position antalgique. Le visage était tendu mais pas grimaçant. Un sentiment de désespoir et de détresse existait, sans emphase ni théâtralisme, excluant un caractère démonstratif. Il n'était pas observé de signe de la lignée psychotique.

- 18 - Dans le cadre de son appréciation de la capacité de travail du recourant, le Dr G. \_\_\_\_\_ a notamment mis en évidence que le recourant avait perdu l'espoir de retrouver son état antérieur bien qu'il espérait une stabilisation avec moins de souffrances. Il s'était soumis sans hésitation à toutes sortes de traitements, lesquels n'avaient pas apporté d'améliorations. Examinant le contexte social, dans lequel évoluait le recourant, le Dr G. \_\_\_\_\_ a souligné que le recourant, malgré son combat contre la maladie avec tentative du maintien de l'activité, avait connu une perte progressive des acquis (perte de son entreprise de coiffure et de son statut social, dégradation de ses relations affectives, isolement social, et catastrophe financière) et finalement un effondrement dépressif consécutif à l'aggravation de la maladie et à l'échec des traitements essayés. Dans ce contexte, les ressources se limitaient au soutien de son père et à la volonté du recourant de trouver un nouveau travail adapté. Pour le Dr G. \_\_\_\_\_, les plaintes et le tableau clinique étaient compatibles avec l'anamnèse, compte tenu de l'apparition progressive du tableau de douleurs envahissantes de plus en plus intenses et généralisées à côté de la perte progressive

des acquis sociaux et professionnels, sans espoir de guérison. cc) Rien au dossier, si ce n'est le rapport d'expertise du J. \_\_\_\_\_ du 13 janvier 2023, ne permet de remettre fondamentalement en question l'appréciation pondérée et convaincante opérée par les experts judiciaires. Les divers rapports médicaux recueillis ne font en effet pas état de diagnostics qui auraient été ignorés ou qui auraient échappés aux experts judiciaires, étant entendu que le diagnostic différentiel de trouble factice évoqué dans l'expertise du J. \_\_\_\_\_ d'octobre 2017 a été discuté par l'expert psychiatre (cf. p. 36 du rapport d'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_). c) A la lumière des avis rendus les 8 mars et 26 juillet 2022, il y a lieu de constater que le SMR n'a pas examiné de manière détaillée et circonstanciée, le contenu du rapport d'expertise judiciaire, afin de démontrer si celui-ci remplissait les exigences matérielles et formelles

- 19 - auxquelles sont soumises les expertises médicales pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Cela étant, l'office intimé, singulièrement le SMR, n'était pas en droit, compte tenu de la valeur probante de l'expertise judiciaire, d'exiger la réalisation d'une nouvelle expertise, dès lors que cette mesure a de facto consisté à recueillir une « second opinion » sur les faits déjà établis par une expertise (cf. consid. 3c supra et les références citées). Dans ces conditions l'expertise réalisée par le J. \_\_\_\_\_ à la demande de l'office intimé, qui ne constitue en conséquence qu'un avis médical supplémentaire par rapport aux autres documents médicaux versés à la cause, doit être écartée du dossier. d) Au final, il y a lieu de retenir, sur la base des conclusions du rapport d'expertise judiciaire du 7 janvier 2021, que le recourant présente une incapacité de travail depuis la fin de l'année 2019 (cf. p. 30 du rapport du Dr G. \_\_\_\_\_). Aussi peut-il prétendre à une rente entière d'invalidité depuis le 1er janvier 2021 (cf. art. 28 al. 1 et 2 LAI). 6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er janvier 2021. 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 l'office intimé, vu l'issue du litige. c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 19 juin 2024 par Me Laurent Damond, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 4'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Cette indemnité

- 20 - couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire, au mandataire du recourant.

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