

VD_GERICHTE ZD23.041170 vom 7. November 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-11-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.041170

FR: VD_GERICHTE ZD23.041170 du 7 novembre 2025

IT: VD_GERICHTE ZD23.041170 del 7 novembre 2025

Erwägungen

E. 2

En cas de réponse négative à la question 1) ci-dessus, merci de préciser si à votre avis depuis le début de l'année 2022 M. A. _____ présente une quelconque capacité de travail exigible dans une activité adaptée vu son affection, ses limitations, ses connaissances et le genre d'activité exercée précédemment ? Si oui, laquelle (domaine d'activité à titre d'exemple) et combien d'heures par semaine pourrait-il y consacrer compte tenu de ses affections ? Quel que soit le domaine d'activité proposé à M. A. _____, celui-ci – si tant est qu'il existe – doit être compatible avec toutes ses limitations physiques fonctionnelles, mises en avant par ses médecins somaticiens.

E. 3

A supposer qu'une telle activité adaptée existe et puisse être exercée à temps partiel, quelle serait la réduction en rendement (nécessité de pauses, lenteur, risque d'absentéisme, etc.) durant ce temps partiel ? Requérir un avis des médecins somaticiens paraît plus approprié pour répondre à cette question. Tant que l'état de santé physique ne s'améliore pas, le vécu anxieux et la fluctuation de l'humeur seront toujours présents.

E. 4

Indépendamment de vos réponses aux questions 1), 2) et 3) ci-dessus, merci de lister toutes les limitations fonctionnelles ou autres auxquelles M. A. _____ est confronté compte tenu de ses affections. L'anxiété, le sentiment de découragement, et le niveau de détresse restent inchangés. M. A. _____ présente également des troubles du sommeil consécutifs à ses douleurs, entraînant des ruminations anxieuses. Il rapporte être plus replié socialement qu'auparavant et éprouve des difficultés à sortir par peur d'être limité par ses douleurs. Il explique avoir une tendance au découragement devant certaines tâches. De plus, il ne peut plus exercer certaines activités et actions au vu de ses douleurs. Il rapporte être limité sur le plan physique au niveau de sa mobilité, dans sa posture, et ne peut exercer dans la durée certaines actions :

- 7 - - limitations du port de charge à 5 kg ; - la mobilité est réduite ; - pas de station assise et debout prolongée ; - le changement de position est réduit ; - les activités physiques ne sont plus possibles ; - difficultés à rester dans des activités dans la durée ; - limitation dans la durée de la conduite automobile. Nous rappelons ici encore que ses symptômes psychiques sont réactionnels à ses limitations physiques. Les limitations physiques restent extrêmement anxiogènes pour le patient, ne lui permettant pas de se projeter dans l'avenir.

E. 5

Quels sont les traitements suivis par M. A. _____ actuellement ? Les traitements actuels suivis par M. A. _____ sont : - une prise en charge psychiatrique à raison

d'une fois tous les deux mois (ou plus rapprochée si besoin) ; - une prise en charge médicamenteuse : Venlafaxine, 75 mg ; - une prise en charge psychothérapeutique à raison de deux fois par mois - cette psychothérapie permet également de lui apporter un soutien spécifique, mais ne permet, par nature, pas de l'aider dans l'amélioration de ses limitations physiques.

E. 6

Avez-vous d'autres remarques à formuler s'agissant de l'état de santé de M. A. _____ ou de son évolution ? Cf. rapport en copie." Par décisions des 28 août 2023 et 14 septembre 2023, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er février 2021 au 31 mars 2022, puis un quart de rente dès le 1er avril 2022. B. Par recours déposé le 27 septembre 2023 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, A. _____, représenté par Me Yero Diagne, a conclu à la réforme des décisions précitées en ce sens qu'il a droit sans interruption à une rente d'invalidité entière dès le 1er février 2021, subsidiairement à leur annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. En bref, il a fait valoir qu'il avait été contraint de recourir car l'OAI n'avait pas tenu compte du rapport du 28 août 2023 des médecins du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, procédé qui, à ses yeux, était constitutif d'une violation du droit d'être entendu et du principe inquisitoire. Il a contesté toute amélioration de son état de santé, étant d'avis qu'il ne disposait d'aucune capacité de travail résiduelle, même dans une activité adaptée. Ce faisant, il a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical. Contestant la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire I. _____, il lui opposait l'avis divergeant de ses médecins traitants, étant d'avis que des investigations complémentaires étaient nécessaires, au vu des multiples limitations fonctionnelles somatiques et psychiatriques présentées depuis 2021. A

- 10 - titre de mesure d'instruction, il a sollicité la mise en œuvre par le tribunal d'un complément ou d'une nouvelle expertise « avec mesures concrètes d'examen des capacités fonctionnelles pouvant être mises économiquement à profit de l'avis de spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelle ». Il a fait valoir par ailleurs que son âge et ses nombreuses restrictions fonctionnelles faisaient obstacle à la possibilité d'exploiter une quelconque éventuelle capacité de travail résiduelle sur un marché du travail. Enfin, il a relevé qu'un abattement de 15 % au minimum devait être opéré sur le revenu d'invalidité. Dans sa réponse du 9 novembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation des décisions attaquées. Il a maintenu le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire I. _____, étant d'avis que le rapport du 28 juillet 2023 des médecins du CHUV se comprenait comme un autre avis, non objectivé. Il a ensuite rappelé qu'en l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation, la révision de la rente n'impliquait pas un examen préalable des mesures de réinsertion (cf. TF 9C_407/2021 du 17 mai 2022 consid. 6.3). Il a également ajouté avoir soumis le cas au spécialiste en profession le 30 janvier 2023, dont il ressortait que nombre d'activités industrielles légères, ne nécessitant pas de qualifications particulières, étaient adaptées aux limitations fonctionnelles. Enfin, il a observé que, selon les dispositions transitoires, l'ancien droit était applicable en l'espèce. En annexe à son écriture, l'intimé a produit : - un avis médical SMR du 30 octobre 2023 du Dr G. _____ qui se termine comme il suit : "Conclusion Il n'est pas apporté d'éléments médicaux objectifs nouveaux non pris en compte lors de l'expertise d'I. _____." ; - un

nouveau calcul du salaire exigible du 2 novembre 2023 effectué par un des spécialistes de l'OAI dont il ressort que la prise en compte d'un abattement de 15 % (en raison des limitations fonctionnelles, de l'âge et

- 11 - du taux d'occupation) dans le calcul du revenu d'invalidé, aboutissait à un préjudice économique de 45,43 % pour l'année 2022. Dans sa réplique du 6 décembre 2023, le recourant a persisté dans les conclusions et les mesures d'instruction requises dans son recours du 27 septembre 2023. Il a relevé que l'absence d'aptitude à la réadaptation n'était pas subjective mais objective dès lors que la mesure d'insertion professionnelle mise en place entre octobre 2020 et avril (recte : mars) 2021 avait échoué sans sa faute. Ensuite, il a fait valoir que les médecins consultés au CHUV ont attesté l'absence d'une amélioration dans le temps, si bien que la capacité de travail demeurait nulle. Enfin, il a contesté la réduction du revenu sans invalidité telle que prise en compte dans le nouveau calcul présenté par l'intimé, étant d'avis que cette diminution ne se justifiait pas. Dans sa duplique du 21 décembre 2023, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours et à la confirmation des décisions litigieuses. Il a souligné que l'inaptitude subjective du recourant à la réadaptation ressortait du rapport d'expertise I. _____, et que, dans l'acte de recours, la capacité de travail résiduelle retenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était contestée. Concernant l'aspect médical, l'OAI a maintenu le caractère probant de l'expertise I. _____ en l'absence d'élément objectif ignoré par ses auteurs ou survenu entre la date de ladite expertise et des décisions attaquées. Enfin, s'agissant du revenu sans invalidité retenu dans la nouvelle fiche de calcul du 2 novembre 2023, ce montant avait été obtenu par indexation à l'année 2022 du revenu ressortant du rapport de l'employeur du 6 octobre 2020, procédé qui était conforme au droit dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. 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

- 12 - expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile 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 porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé, par ses décisions des 28 août et 14 septembre 2023, à limiter l'octroi d'une rente entière du 1er février 2021 au 31 mars 2022, avant de la réduire à un quart de rente depuis le 1er avril 2022. b) aa) 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). La réglementation y relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1er janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1er janvier 2022). bb) En l'occurrence, vu l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er février 2021 au 31 mars 2022, puis d'un quart de rente dès le 1er avril 2022 et présence d'un assuré âgé d'au moins 55 ans au 1er janvier 2022, ce sont les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31

décembre 2021 qui s'appliquent. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI

- 13 - 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 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, 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) 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 (art. 29 al. 1 LAI).

- 14 - c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). d) Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). e) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité,

l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

- 15 - références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). f) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). g) Selon la jurisprudence, le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte de celle exprimée par les experts. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de

- 16 - l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 135 V 465 consid. 4.5 ; TF 8C_409/2023 du 15 avril 2024 consid. 3.3 et les références citées). 4. a) Sur le plan médical, dans le cadre de l'expertise I. _____, le recourant a été examiné à trois reprises par les Drs S. _____, B. _____ et J. _____, lesquels ont, de manière consensuelle, posé les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgies chroniques, non spécifiques (M54.5), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), d'obésité de grade I selon l'OMS (E66.0), de diabète de type 2 (E11) et d'hyperlipidémie (E78). Ils ont indiqué que concernant l'évolution au cours du temps, le recourant présentait une incapacité de travail à 100 % depuis le 19 août 2019, soit depuis la chute initiale jusqu'à janvier 2021. L'incapacité de travail avait encore été de 100 % durant un à deux mois après janvier 2021. Après cela il était noté une lente amélioration progressive jusqu'à janvier 2022 où d'une

part l'Escitalopram avait été stoppé en faveur de la Venlafaxine et où les symptômes, tant anxieux que dépressifs, correspondaient aux observations effectuées. Depuis lors la capacité de travail du recourant était de 60 %. De l'avis des experts, l'incapacité de travail totale était liée aux suites de la chute à partir de 2019 puis durant tout l'année 2020, et à partir du début de 2021 l'incapacité de travail d'ordre psychiatrique était apparue. b) Au terme de leurs examens du recourant, les experts ont fait les constatations suivantes s'agissant de l'évolution de la maladie : "Monsieur A. _____ présente au 1er plan des lombalgies avec sciatalgies survenues à droite en 2017 à la suite d'une chute. L'évolution montre que la clinique correspond à des lombalgies avec une irradiation de type pseudo-radiculaire dans les 2 membres inférieurs, persistant à l'heure actuelle. L'imagerie de la colonne lombaire mettra en évidence une hernie discale L4-L5, d'abord avec une compression plutôt de la racine L5 D en 2017, puis en 2019 plutôt une orientation vers la racine L5 G, ce qui n'est ensuite plus le cas sur l'IRM de mai 2020. Rétrospectivement, cette hernie discale ne nous paraît pas

- 17 - attribuable à la chute, compte tenu de l'absence de fracture vertébrale associée à ce moment-là. Cette chute a plutôt révélé l'existence d'une hernie discale plutôt qu'elle n'est à l'origine de cette dernière. L'expertisé reste cependant persuadé que cette hernie discale est due à sa chute et il est actuellement « enkysté » dans ses douleurs. Dans le diagnostic différentiel, il n'y a actuellement pas d'élément orientant vers une étiologie fracturaire, neurocompressive, métabolique, toxique, infectieuse et auto-immune. Ce sont des douleurs définies comme étant une expérience sensorielle et émotionnelle, désagréable, associées à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes. D'un point de vue rhumatologique, nous ne mettons pas en évidence de lésion tissulaire susceptible d'expliquer la persistance ni l'intensité des plaintes douloureuses, localisées à la région lombaire et avec irradiations variables dans les membres inférieurs. Comme déjà mentionné par Dr [...], rhumatologue pour le [...], qui avait vu Monsieur A. _____ en août 2020, nous retrouvons des signes de discordance entre l'intensité des plaintes douloureuses et le peu de limitations fonctionnelles au status clinique effectué tant par l'interniste que par le rhumatologue. Nous avons retrouvé également comme Dr [...], médecin à la CRR qui a vu l'expertisé en juin 2020, des signes de surcharge fonctionnelle, soit des signes de non-organicité. La douleur n'est pas mesurable, elle ne peut être ni prouvée, ni réfutée médicalement. Dans le cas de la douleur chronique, comme c'est le cas ici, il existe des interactions entre cognition, émotion, comportement, réactions corporelles, facteurs sociaux, bénéfiques secondaires. Il n'y a pas d'association significative entre la présence ou la persistance d'une lésion à l'IRM et la chronicité d'une douleur. Aucun facteur structurel n'est associé à une chronicité et ce sont seuls les facteurs psychologiques et sociologiques qui sont démontrés comme étant des facteurs de chronicité. Le rhumatologue expert précise que la fréquence des lombalgies communes n'est pas causée par des activités comme le port de charges lourdes et l'imagerie ne permet pas d'identifier la source de la douleur. Il n'existe pas de posture idéale à adopter pour se protéger ou « guérir des lombalgies ». Les limitations fonctionnelles sévères rapportées par l'expertisé contrastent ainsi avec l'absence de raideur importante et d'amyotrophie et on ne peut s'expliquer sur le plan somatique/rhumatologique, le contraste entre les plaintes majeures et l'examen clinique pauvre, hormis les douleurs. Nous rejoignons aussi l'appréciation des médecins du service de médecine physique et réhabilitation du CHUV, où Monsieur A. _____ a séjourné en juillet 2021, avec la constatation d'une obésité, accentuant les troubles statiques et posturaux, amenant à un déconditionnement physique. Il y a donc une obésité de grade I

selon l'OMS, un diabète de type 2 qui n'est pas contrôlé de manière optimale selon la dernière prise de sang à disposition de décembre 2021 qui montre une hémoglobine glyquée à 8,1%. Monsieur A. _____ présente également comme facteur de risque cardiovasculaire une hypercholestérolémie au niveau LDL avec un HDL bas et des triglycérides élevés. Il y a encore une micro albuminurie. Il serait connu anamnestiquement pour une

- 18 - stéatose hépatique, une hépatite B guérie. Ces éléments n'ont cependant pas d'importance directe actuellement dans l'évaluation de la problématique qui engendre l'incapacité de travail dans laquelle se trouve Monsieur A. _____ depuis le 08.08.2019. Les traitements antidiabétiques oraux, hypolipémiants pourraient être ajustés, s'il s'avère tout d'abord que la compliance aux traitements déjà instaurés est suffisante. Au plan psychiatrique, c'est tout d'abord le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques qui est retenu. On rappelle que concernant les douleurs au dos, elles ont été initialement reconnues comme liées à l'accident. Selon l'anamnèse, ces douleurs ne sont pas apparues dans un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux. Par la suite, le substrat physique n'est plus retenu pour expliquer la persistance des douleurs ni leur intensité. Les caractéristiques des douleurs et de leur évolution semblent correspondre au diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, car en effet, selon la CIM-10, ce diagnostic correspond à des « symptômes physiques compatibles avec, et initialement dus à un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet adopte une attitude histrionique (recherche de l'attention d'autrui), comprenant parfois aussi des plaintes surajoutées (habituellement non-spécifiques), sans substrat somatique. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou au handicap provoqué par affection physique et redoute parfois à juste titre une persistance ou une aggravation de son handicap ou de sa douleur. L'insatisfaction relative aux résultats du traitement ou des investigations et la déception quant à la qualité des soins médicaux (telle qu'elle est perçue) peuvent aussi représenter un facteur déclenchant ». Cette définition correspond à ce que l'on retrouve anamnestiquement lors de cette expertise par les différents examinateurs et correspond à l'évolution des problèmes lombaires et psychiques décrits par les divers médecins qui ont examiné Monsieur A. _____ durant les dernières années (description d'une certaine surcharge, de facteurs non-organiques par Dr [...], description par Dr [...] d'une participation suboptimale de l'assuré à l'examen clinique, discordance dans la mobilité du rachis et des testings de la force des MI [membres inférieurs] par exemple). Cette majoration est présente en tout cas depuis février 2020, lorsque la situation est passée de la reconnaissance accident à une situation maladie. Puis, c'est début 2021 que Monsieur A. _____ apprend que l'assurance, probablement même la perte de gain maladie ne paiera plus. Il s'est alors senti très mal, en colère, trouvant injuste qu'après avoir travaillé 30 ans, suite à un accident, il se retrouve dans la rue. Les symptômes étaient des céphalées, des douleurs diffuses, une fatigue, une tristesse, une diminution du plaisir, une attitude pessimiste face à l'avenir au vu des problèmes financiers, une perturbation du sommeil, une irritabilité, des troubles de la concentration. Il n'y avait pas d'idée de dévalorisation ni de baisse de l'estime de soi, ni de changement de l'appétit. Il y a aussi eu des idées suicidaires mais sans passage à l'acte. Cet état a duré un mois. C'est ensuite à la fin janvier 2021 que Monsieur A. _____ s'est rendu en consultation auprès d'un psychiatre.

- 19 - Actuellement on note encore des symptômes psychologiques tels qu'une sensation de se sentir mal, de tristesse et d'anxiété occasionnelles, mais surtout une fatigue, un état de stress, des céphalées, des lombalgies. La tristesse apparaît selon la description détaillée de la psychologue experte plutôt de manière contextuelle, selon les informations que Monsieur A. _____ donne, avec une attitude morose quant à l'avenir face aux factures et aux poursuites, face à sa situation actuelle. Il a moins de plaisir, le sommeil est perturbé en lien avec les douleurs, et l'appétit est moyen mais sans changement de poids. L'apparition soudaine et contextuelle des symptômes avec une amélioration lorsque les démarches ont été entreprises pour le RI parlent en faveur d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive. Les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du psychiatre traitant de mai 2021, à savoir « des troubles du sommeil, une anhédonie, des troubles anxiodépressifs, une hyper anxiété, un repli social, des difficultés de concentration et d'attention, un épuisement » vont dans le sens d'un tel diagnostic. Concernant le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par le psychiatre traitant, la psychologue experte estime actuellement qu'il n'y a toutefois pas suffisamment de critères CIM-10 pour un tel diagnostic. Tout au plus y aurait-il les critères pour un épisode dépressif léger, mais les symptômes et le contexte semblent davantage parler en faveur d'un trouble de l'adaptation comme décrit ci-dessus. A noter que le trouble de l'adaptation est encore en cours, le facteur déclencheur initial, à savoir la perte de revenu est encore présente, mais à un degré moindre. [...] Elle précise encore que finalement, Monsieur A. _____ se plaint ou présente une fatigue, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une attitude morose face à l'avenir, une perturbation du sommeil et un appétit moyen, ainsi qu'une tristesse occasionnelle. Le nombre de critères pourrait faire penser à un épisode dépressif léger à moyen. Toutefois la notion de tristesse n'est pas maintenue pour un épisode dépressif, la tristesse n'étant pas présente la majeure partie du temps. Encore une fois, l'attitude morose est à mettre en lien avec ses difficultés financières, les perturbations du sommeil sont liées aux douleurs et l'appétit est décrit comme moyen, mais toutefois le poids est stable durant l'année écoulée. Ainsi, globalement, l'intensité des symptômes ne paraît pas suffisante pour le diagnostic d'un épisode dépressif actuellement. Concernant le diagnostic d'état de stress post-traumatique qui a été retenu par le psychiatre traitant à la suite de l'accident de 2019, selon les critères CIM-10 revus, nous ne retenons pas ce diagnostic et reprenons ici la discussion de l'experte psychiatre : Selon la CIM- 10, il s'agit d'une « réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». La question peut se poser si l'accident d'août 2019 répond à un tel critère. « Le diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les six mois suivant un événement traumatisant et hors du commun [...] ». Dans le dossier à disposition, la notion d'état de stress post- traumatique apparaît pour la première fois dans le rapport du psychiatre traitant daté de mai 2021. Ni un tel diagnostic ni les

- 20 - symptômes correspondants n'apparaissent dans les rapports avant cette date. « L'événement traumatique doit être constamment remémoré ou revécu, comme en témoigne la présence de reviviscences envahissantes, de souvenirs intenses ou de rêves répétitifs. Le trouble s'accompagne souvent d'un sentiment de détachement, d'une restriction des affects, et d'un évitement des stimuli qui éveillent des souvenirs du traumatisme [...] ». L'assuré dit qu'il pense tous les jours, plus tard il dit de temps en temps, à son accident en août 2019. Cela vient la journée ou la nuit quand il va dormir, 1-2x par semaine, peut-être davantage quand il est fatigué. Cette description ne semble correspondre au caractère envahissant

relevé par la CIM-10. Au vu de ce qui précède, le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'est pas retenu." c) La lecture de cette expertise administrative laisse la Cour perplexe s'agissant des conclusions qui y figurent. En particulier, son volet psychiatrique est critiquable à plus d'un titre, comme on le verra ci-après. D'emblée l'anamnèse et le status apparaissent minimalistes. Il sied de relever que le diagnostic de trouble de l'adaptation est par définition (selon la classification internationale des maladies) une atteinte à la santé qui est légère et limitée dans le temps (deux ans au maximum). Or l'experte psychiatre prend le parti de faire débiter cette atteinte à la santé au mois de janvier 2021, sans démontrer pour autant une absence formelle de symptômes antérieurs depuis l'accident de travail. Même en se ralliant à cette date de début, le trouble de l'adaptation prendrait alors théoriquement fin en janvier 2023. Or au jour de son examen à l'été 2022, l'experte note que « le trouble de l'adaptation est encore en cours », ce qui est corroboré par les autres éléments médicaux attestant une situation installée et de mauvais pronostic, avec une tendance à la chronicisation. Dans ces conditions, il existe une importante incohérence entre le diagnostic léger et de courte durée évoqué, et les constatations effectuées par l'experte dans le sens de la prise en compte d'une incapacité de travail partielle au long cours. Le second diagnostic évoqué par l'experte psychiatre est une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. S'il s'agit là plus d'une constatation tirée du comportement que d'un diagnostic, il reste qu'il existe une grande incohérence entre les résultats

- 21 - de la mini CIF-APP où les items passés en revue sont soit légers soit absents et la description d'une journée-type dont il ressort la quasi-absence totale d'activités accomplies par l'assuré qui est extrêmement isolé. Aux incohérences précitées s'ajoute encore et surtout l'absence de discussion par l'experte psychiatre du diagnostic de trouble somatoforme douloureux sur la base des critères jurisprudentiels en la matière (cf. consid. 3d supra). De son côté, l'expert rhumatologue répète qu'il existe une atteinte fonctionnelle et une discrépance entre les résultats objectifs et les symptômes observés. L'experte psychiatre ne pouvait pas faire l'économie d'un examen fouillé du diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Cela vaut d'autant plus que selon ses propres constatations, elle est en présence d'un tableau clinique caractérisé par l'évolution de symptômes dépressifs relativement légers et peu envahissants avec une composante de majoration desdits symptômes pour des motifs psychologiques. L'experte ne pouvait donc pas, sans autre explication détaillée au jour de son examen, exclure de manière convaincante le développement chez l'assuré d'un éventuel trouble somatoforme douloureux susceptible d'expliquer la situation observée. d) De ce qui précède, il résulte que l'instruction menée par l'intimé ne permet en tous les cas pas de confirmer que le recourant présente une capacité de travail résiduelle de 60 % dans toute activité adaptée depuis janvier 2022. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Une nouvelle expertise pluridisciplinaire ne semble pas nécessaire, mais une expertise psychiatrique neutre paraît indispensable pour pouvoir statuer en parfaite connaissance de cause, toute autre spécialité, en particulier la rhumatologie, étant si nécessaire réservée. 5. a) En définitive bien-fondé, le recours doit être admis et les décisions attaquées annulées, la cause étant renvoyée à l'office intimé

- 22 - afin qu'il en poursuive l'instruction dans le sens de ce qui précède puis rende une nouvelle décision. 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 l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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