

VD_FINDINFO AI 127/12 - 24/2015 vom 3. Februar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_127_12_-_24_2015

FR: VD_FINDINFO AI 127/12 - 24/2015 du 3 février 2015

IT: VD_FINDINFO AI 127/12 - 24/2015 del 3 febbraio 2015

Regeste

DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, RENTE ENTIÈRE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ACCIDENT PROFESSIONNEL, MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉTAT DE SANTÉ, ASSISTANCE JUDICIAIRE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 29 al. 2 Cst., 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 3

Dans un premier moyen, le recourant se plaint du fait que l'office intimé n'a pas exposé, dans la décision attaquée, les motifs pour lesquels il s'est fondé, pour déterminer sa capacité de travail, sur l'expertise bidisciplinaire des Drs C._____ et S._____ et non sur l'appréciation émanant des spécialistes qu'il a consultés. a) Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; 125 II 369 consid. 2c ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (ATF 112 Ia 107 consid. 2b ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). Le droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]) est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 p. 390 ; 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 p. 390 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 p. 197 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). b) Dans la décision attaquée, l'office AI se réfère aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire, en particulier l'appréciation du Dr C._____, pour retenir que l'assuré présente une capacité résiduelle de travail de 56% dans son activité habituelle de chauffeur et de 100% dans une profession respectant les limitations fonctionnelles énoncées. L'intimé n'y explicite certes pas pour quels motifs il a privilégié l'avis des experts à celui des médecins consultés. Cependant, l'omission ne saurait être considérée comme particulièrement grave dès lors que l'assuré a eu l'opportunité de s'exprimer devant une autorité de recours disposant d'un plein pouvoir

d'examen compte tenu de la maxime d'office prévalant en matière d'assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA et TF 9C_403/2010 du 31 décembre 2010 consid. 4.2.2).

E. 3.1

Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Cf.2.1

E. 3.2

Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? Du point de vue purement rhumatologique, à 100% (accueil, sécurité, magasinier d'objets légers, vente d'objets légers ou de nourriture légère).

E. 3.3

Y a-t-il une diminution du rendement? Dans une activité professionnelle adaptée, il ne devrait pas présenter de diminution de rendement. » De son côté, le Dr S._____ a déposé son rapport le 30 janvier 2012. Après un bref historique du dossier et une anamnèse circonstanciée (pp. 1-3), il relate succinctement les plaintes de l'assuré, décrit le status psychiatrique et expose en quelques lignes le déroulement d'une journée de la vie quotidienne de l'assuré (pp. 4-5). L'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, seule une dysthymie n'affectant pas cette dernière ayant été diagnostiquée (F 34.1). Il a conclu son rapport en exposant ce qui suit : « Assuré de 54 ans, originaire de Serbie, en Suisse depuis 1978, ayant travaillé depuis 1983 comme chauffeur de camions, chauffeur de camions frigorifiques, chauffeur d'autocars, et actuellement depuis 2007 chauffeur indépendant de car, ayant déposé une première demande de prestations AI en date du 14 juin 2000, au titre d'une fracture de Maisonneuve gauche, aboutissant à un refus de prestations en date du 06 février 2003, confirmé par un arrêt du TCA en date du 15 avril 2004. Seconde demande de prestations AI déposée en date du 09 novembre 2009 pour fracture sous-capitale de l'humérus gauche. L'examen psychiatrique du 21 décembre 2011 met en évidence : o Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger avec: moral préservé, sans véritable tristesse ni irritabilité, avec ruminations existentielles sans idées noires, avec fatigue anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire, avec anhédonie partielle, sans repli social, sans perte d'estime de lui-même, sommeil globalement mauvais, perturbé par des retards d'endormissement et des réveils itératifs, appétit moyen. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec, à raison de 70% du temps, des moments où l'assuré se sent moins bien, en colère contre tout le monde et où il regarde la télévision et à raison de 30% du temps, des moments où il se sent mieux et sort voir les journaux, rencontre ses connaissances, va au jardin. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines des périodes pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assuré, o une absence de symptomatologie dépressive incapacitante, o une absence de symptomatologie anxieuse incapacitante, o une absence de signe floride de la lignée psychotique et de critère CIM-10 de trouble de personnalité, o la présence d'une symptomatologie algique sans grande intensité ni détresse, sans comorbidité

psychiatrique (dans la mesure où une dysthymie ne peut participer d'une comorbidité) ni repli social. L'existence d'une symptomatologie algique pourrait faire évoquer un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant mais manquent alors au tableau la détresse et l'intensité des plaintes; l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social ne permettent pas d'envisager l'aspect incapacitant de cet hypothétique tableau somatoforme. Nous avons pris bonne note du rapport de consultation, en date du 13 juin 2011, de Mme P. _____, psychologue à l'Hôpital K. _____, dont le rapport sera ultérieurement utilisé par les médecins traitants sous la forme de consilium psychiatrique, alors qu'il s'agit en fait d'un rapport de consultation psychologique. La discussion proposée dans ce rapport met en évidence 1. un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, semble-t-il résolutif à l'introduction d'un traitement antédépresseur par Cipralex, 2. un trouble anxieux sans précision de date de survenue, de fréquence, d'intensité, de symptomatologie, ce qui nous paraît relativement difficile à retenir pour un trouble anxieux responsable d'une incapacité de travail de longue durée; sont mentionnées aussi des difficultés liées à l'emploi et au chômage, qui n'ont pas forcément de valeur incapacitante,

E. 4

Sur le fond, le recourant fait grief à l'office AI d'avoir considéré qu'il était en mesure d'exercer à plein temps une activité adaptée à son atteinte à la santé. L'ensemble des professions proposées par l'autorité intimée ne seraient en effet pas raisonnablement exigibles au vu de son état de santé. Son incapacité de travail et de gain étant totales, il aurait par conséquent droit à une rente entière d'invalidité. a) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité : un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2;

8C_1034/2009 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 de l'expert 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 et la référence citée). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Cela vaut aussi pour le psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4). On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 2). c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Lorsque, comme en l'espèce, la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 109 V 262 consid. 3). Si l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2, 343 consid. 3.5.2). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet toutefois pas de conclure à l'existence d'une aggravation qui justifierait une révision de la décision d'octroi ou de refus de rente. Car la procédure de révision selon l'art. 17 LPGA ne sert pas à remettre en cause une décision rendue suite à une appréciation divergente d'un état de fait qui n'a pas connu de modification notable (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b; SVR 1996 IV n° 70 p. 203 consid. 3a ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

E. 5

En l'espèce, aucune des atteintes à la santé du recourant, notamment celles présentes au niveau du membre supérieur gauche et du membre inférieur gauche entraînant des limitations fonctionnelles, n'a été ignorée par l'expert rhumatologue. L'amyotrophie de l'épaule gauche évoquée par le Dr H. _____ dans son rapport du 8 juillet 2009 et l'hypotrophie de la musculature mentionnée par la Dresse L. _____ le 5 juillet 2011 ressortent toutes deux de l'expertise du Dr C. _____ qui qualifie l'amyotrophie de peu significative (rapport d'expertise du 28 janvier 2012, p. 10). Quant aux limitations fonctionnelles de l'épaule gauche citées par les Drs H. _____ et L. _____, elles sont décrites par le Dr C. _____ en p. 11 de son rapport. a) L'expert relève notamment une mobilité fluctuant en fonction de la dérivation de l'attention du recourant et une diminution de la musculature de la région deltoïdienne peu significative. Aucun élément ne permet de soutenir que les amplitudes décrites par l'expert n'auraient pas été effectivement atteintes. Dans son rapport du 5 juillet 2011, la Dresse L. _____ observe une attitude antalgique chez son patient. Elle rapporte en outre des plaintes peu précises, variables d'un moment à l'autre, vraisemblablement influencées par le moral de ce dernier (cf. rapport médical du 20 juillet 2011). De fait, les amplitudes de la mobilité de l'épaule gauche diffèrent en fonction de la personne de l'examineur, des circonstances de l'examen et de la compliance du recourant. S'agissant de la force musculaire, elle est, selon la Dresse L. _____ (cf. rapport du 26 février 2013), diminuée proximale, diminution cependant non quantifiable. Ce constat n'entre pas en contradiction avec celui de l'expert (cf. rapport d'expertise du 28 janvier 2012, p. 11). L'expert se prononce sur la base d'exams complémentaires actualisés à la faveur de l'expertise (radiographie du 14 octobre 2011 et ultrasonographie des épaules gauche et droite du 21 décembre 2011). En ce qui concerne la capacité résiduelle du recourant dans l'exercice de son activité habituelle, l'expert C. _____ explique pour quelles raisons (rapport d'expertise du 28 janvier 2012, p. 14) il s'écarte de l'avis de la Dresse L. _____. On observera au demeurant que cette dernière précise dans son rapport du 26 février 2013 n'avoir pas fait une évaluation des capacités fonctionnelles de son patient : les limitations décrites se fondent uniquement sur les questions anamnestiques et sur l'examen clinique, dont on rappellera, s'agissant de l'examen de la mobilité de l'épaule gauche, qu'il peut aboutir à des résultats variables. Enfin, il est notoire que bus et autocars de la dernière génération disposent d'équipements d'aide à la conduite électronique, ce qui entraîne pour conséquence que leur conduite ne suppose plus l'usage indispensable de la force. b) Pour ce qui est du membre inférieur gauche, l'expert C. _____ retient le diagnostic d'arthrose modérée tibio-astragaliennne (rapport d'expertise du 28 janvier 2012, p. 13). Il a constaté une diminution de la mobilité aux deux tiers en flexion et pro/supination (loc. cit., p. 11). La Dresse L. _____ mentionne dans son rapport du 26 février 2013 une discrète tuméfaction, une flexion/extension (10/0/10) inférieure à celle de la cheville droite (20/0/30) et douloureuse. La différence de constat dans la mobilité n'est pas significative. Au demeurant, la Dresse L. _____ considère que l'atteinte à la cheville gauche est peu responsable de l'incapacité de travail actuelle et l'évaluation de la diminution de 5 à 10% comprend la composante « douleurs », laquelle est subjective (rapport médical du 26 février 2013, nos 8, 18 et 19). Enfin, l'assuré a pu continuer à exercer son activité de chauffeur nonobstant cette atteinte et aucun élément au dossier n'est évocateur d'une péjoration de l'atteinte au membre inférieur gauche. c) S'agissant du rachis, l'expert C. _____ a doublé l'examen clinique de radiographies prises le 20 décembre 2011. Dans son rapport du 26 février 2013, la Dresse L. _____ ne se prononce quant à elle que sur la base d'un examen clinique. Elle retient

que les discopathies sont à l'origine de douleurs, limitant la position assise, donc l'activité de chauffeur de car (n° 21) mais l'expression de cette limitation résulte des seules affirmations de son patient (n° 11). d) Quant aux changements de positions réguliers nécessités par le seul risque de rechutes vasculaires (mémoire de recours, p. 15), ils ne se fondent sur aucun avis médical spécifique. Au demeurant, l'expert comme l'autorité intimée retiennent à titre de limitation fonctionnelle l'alternance des positions, qui répondrait ainsi à la prévention du risque vasculaire. e) Le recourant met encore en exergue des discordances entre les limitations fonctionnelles de 2003 et celles de 2012. Le port de charges est plus limité en 2012 qu'en 2003, passant de 10 à 5 kilos, de telle sorte que l'argumentation du recourant tombe à faux. En ce qui concerne la limitation fonctionnelle relative au port de charges de plus de 5 kilos, les médecins consultés par le recourant ne se prononcent pas spécifiquement sur ce point et elle ne paraît pas critiquable, l'assuré se disant lui-même capable de porter des charges de plus 3 – 5 kilos (rapport d'expertise du 28 janvier 2012, p. 7). Le recourant soulève encore le grief de l'abandon de la limitation fonctionnelle relative aux déplacements fréquents. Sur ce dernier point, aucun rapport des médecins du recourant ne fait état d'une quelconque restriction en termes de déplacements. De plus, l'alternance des positions entraîne pour corollaire que la position debout ne peut être maintenue sans discontinuer, ce qui exclut par conséquent une haute fréquence de déplacements. f) Pour ce qui est de l'atteinte à la santé psychique du recourant, les rapports médicaux de ses médecins traitants, non psychiatres, font état d'un état dépressif ou de l'influence de l'état psychique sur l'incapacité de travail sans autres développements. Quant au rapport des psychologues M. _____ et P. _____ du 13 juin 2011, il pose les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, de trouble anxieux et de difficultés liées à l'emploi et au chômage. L'expert S. _____ ne l'a pas ignoré et explique de façon convaincante les raisons pour lesquelles il écarte ces diagnostics (rapport d'expertise du 30 janvier 2012, p. 6). g) On rappellera enfin que, selon la jurisprudence, la notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui 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'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidité a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre. 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 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_728/2012 du 31 décembre 2012 consid. 4.3 et les références citées). En l'occurrence, il convient d'observer que les activités simples et répétitives dans l'industrie légère ne sont pas d'un nombre restreint et qu'elles ne se cantonnent pas à celles énumérées par l'expert C. _____ auquel il n'appartenait pas au demeurant de se

prononcer sur ce point. Pour le surplus, le recourant s'exprime aisément en français, le manque de formation n'est pas rédhibitoire car le recourant a démontré sa capacité de s'adapter professionnellement nonobstant une formation élémentaire et enfin, il n'a pas encore atteint l'âge fixé par la jurisprudence pour admettre qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf., par exemple, dans ce sens TF 9C_725/2012 du 4 mars 2013 consid. 4.4 et les références dans lequel le Tribunal fédéral a considéré qu'un assuré âgé de 55 ans au moment de l'expertise lui ayant reconnu une capacité de travail entière dans une activité adaptée ne pouvait être considéré comme étant proche de l'âge ouvrant le droit à une rente de vieillesse ; cf. aussi ATF 138 V 457 pour un assuré proche de l'âge de la retraite).

E. 6

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366 ; TF 9C_392/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2). En l'occurrence, le rapport médical du Dr F. _____ du 21 juin 2012, consécutif à un examen clinique du même jour, donc postérieur à la décision dont est recours datée du 30 avril 2012, n'est d'aucun secours au recourant. Il en va de même des rapports du Dr N. _____ du 19 avril 2013 et du 10 juillet 2014, lequel fait état d'un suivi thérapeutique ayant débuté le 7 février 2013. A défaut d'un suivi antérieur à la décision querellée, son appréciation quant à l'existence d'une atteinte psychique apparue des suites des accidents de 1999 et 2009 ne saurait être retenue. Pour ce qui concerne le rapport établi par le Dr G. _____ le 28 août 2012, il y a lieu de constater que celui-ci se contente d'y exprimer succinctement son désaccord à l'endroit de la position de l'office intimé, sans pour autant avoir procédé à un examen clinique du recourant, ce qui ôte toute valeur probante à son appréciation. S'agissant du rapport du 7 janvier 2014 et de ceux antérieurs du 1^{er} mars 2012 et du 20 février 2013 du Dr Q. _____, celui-ci y fait état d'une incapacité totale de travail, sans que l'on sache ce qui justifie son point de vue. De surcroît, il se fait l'écho des plaintes de son patient et renvoie aux rapports médicaux de ses confrères spécialistes au sujet de la capacité de travail du recourant. Dans cette mesure, le point de vue du Dr Q. _____ ne saurait se voir conférer une quelconque valeur probante. Quant au diagnostic de leucocytose avec neutrophilie, il s'avère postérieur à la décision entreprise, de sorte qu'il ne peut en être tenu compte dans le cadre de la présente procédure.

E. 7

a) Il découle de ce qui précède que, se fondant sur l'expertise bidisciplinaire des 28 et 30 janvier 2012 des Drs C. _____ et S. _____, c'est à juste titre que l'administration intimée a considéré que le recourant présentait, dès le mois de janvier 2010, une capacité de travail entière dans une profession adaptée à son état de santé et une capacité de travail de 56% dans son activité habituelle de chauffeur de poids lourds. Cette expertise satisfait au demeurant aux réquisits jurisprudentiels, si bien qu'elle revêt une pleine valeur probante et que ses conclusions peuvent donc être suivies. Fruit d'une étude circonstanciée du cas, elle rapporte les plaintes exprimées par la personne examinée, comporte l'anamnèse de cette dernière et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens complets, elle contient une appréciation claire de la situation médicale laquelle débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. L'expertise bidisciplinaire réalisée par les Drs C. _____ et

S. _____ a par ailleurs été effectuée conjointement par deux spécialistes qui ont procédé à une appréciation interdisciplinaire et ont ainsi pu tenir compte des interactions des différents troubles, tant sur le plan somatique que psychique. Il s'ensuit qu'elle permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur les prétentions du recourant, de sorte que sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire doit être rejetée. Dans ce contexte, l'audition des Drs G. _____, L. _____ et Q. _____ en qualité de témoins apparaît superfétatoire, d'autant que les parties ont eu l'opportunité de soumettre leurs questionnaires préalablement aux rapports sollicités auprès de ces médecins. Quant à l'audition de R. _____, responsable de la fiduciaire chargée de la tenue de la comptabilité du recourant, elle ne paraît pas relevante dans le cas d'espèce. Au reste, outre que les rapports des médecins consultés par le recourant n'emportent pas la conviction, on relèvera que celui-ci ne s'est pas manifesté lorsqu'il a été dûment informé par l'office AI du choix des experts. Il ne peut donc s'en prendre à ce stade à la désignation du Dr C. _____, sous peine d'abus de droit. b) Sur la base de l'appréciation convaincante des experts C. _____ et S. _____, il y a lieu de retenir que le recourant ne présente pas une modification de son incapacité de travail notable et ne subit pas non plus une modification notable de son taux d'invalidité par rapport à la situation tranchée par la première décision du 5 février 2003 de l'office AI entrée en force. c) En définitive, en déniait le droit du recourant à une rente d'invalidité, la décision attaquée échappe à la critique. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue le 30 avril 2012.

E. 8

a) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). b) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Elie Elkaim à compter du 31 mai 2012 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. Le 11 juillet 2014, Me Elkaim a produit le relevé

des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure pour la période courant du 11 décembre 2013 au 11 juillet 2014. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 11 heures et 40 minutes au total, dont 10 heures 45 au tarif de l'avocat-stagiaire, débours en sus par 12 fr. 30. Le tarif horaire applicable est de 180 fr. pour Me Elkaim et 110 fr. pour son avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ). Ainsi, pour l'activité déployée postérieurement au 17 juillet 2013 (cf. décision intermédiaire du magistrat instructeur du 26 novembre 2013), Me Elkaim a droit à un montant de 1'468 fr. 60, débours et TVA compris.

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