

VD_FINDINFO AI 234/11 - 328/2012 vom 2. Oktober 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-10-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_234_11_-_328_2012

FR: VD_FINDINFO AI 234/11 - 328/2012 du 2 octobre 2012

IT: VD_FINDINFO AI 234/11 - 328/2012 del 2 ottobre 2012

Regeste

MODIFICATION{EN GÉNÉRAL}, ÉTAT DE SANTÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, RENTE D'INVALIDITÉ, DEMI-RENTE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 2

En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si l'atteinte à la santé qu'il présente et ses conséquences sur la capacité de travail ont subi un changement important et si le taux d'invalidité fondant le droit à la prestation a subi une modification notable.

E. 3

a) 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, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impuissance rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 71). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b p. 390; TF 9C_765/2009 du 29 mars 2010). Le point de savoir si un changement important des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit

et les circonstances régnant à l'époque de la décision administrative litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; TF 9C_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2). b) En l'occurrence, l'intimé, contrairement à ce que prétend le recourant (cf. mémoire de recours du 5 septembre 2011, p. 4) est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant du 25 juin 2009. Après avoir examiné les rapports des médecins traitants et les avis du SMR, l'Office AI a mis en œuvre une expertise rhumatologique auprès de la Clinique P._____ qui a conclu (rapport du 12 juillet 2010) à une capacité de travail de 50% dans l'exercice de l'activité habituelle. Sur cette base, l'intimé a considéré que l'état de santé du recourant ne s'était pas significativement modifié, si bien que ce degré d'invalidité donnait droit à la même rente d'invalidité que celle versée jusqu'alors (cf. décision du 3 juin 2005). Au reste, on relèvera que la décision dont est recours n'est pas une décision de refus d'entrer en matière mais bien une décision refusant l'augmentation d'une rente d'invalidité. C'est le lieu de préciser que les «autres investigations en cours», ou la dépression dont le recourant fait état dans son mémoire de recours (p. 3) ne sont pas déterminantes. D'ailleurs, le recourant n'affirme pas faire l'objet d'un suivi pour d'éventuels troubles dépressifs. Dans ce dossier, l'Office AI s'est bien plutôt borné à examiner s'il y avait une aggravation en ce qui concerne les lombalgies, puisque c'est l'affection qui était invoquée dans le cadre de la nouvelle demande de prestations. Cela n'empêche pas l'assuré, s'il peut se prévaloir d'une aggravation ultérieure de son état de santé, de déposer une nouvelle demande de révision de la prestation allouée, ce qu'il a du reste fait en date du 24 avril 2012, annonçant une maladie de Behçet (affection dermatologique), accompagnée de migraines et d'acouphènes, ainsi que divers troubles oculaires. Dès lors que le recourant fait état, dans sa demande de prestations du 25 juin 2009, d'une aggravation de ses lombalgies dès l'été 2008, il y a lieu d'examiner si le degré d'invalidité s'est modifié au point d'influencer le droit à la rente d'invalidité à compter de cette période.

E. 4

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit en outre que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. 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. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion 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). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical,

que les points litigieux importants 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, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c). Selon une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; 122 V 157 consid. 1c et les références). Par ailleurs, la récente jurisprudence en matière d'expertises effectuées par des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) ne change rien à ce qui précède, la valeur probante d'une expertise COMAI recueillie selon les anciens principes de procédure n'étant pas a priori amoindrie (ATF 137 V 210 consid. 6 p. 266; TF 9C_620/2011 du 30 mars 2012).

E. 5

En l'occurrence, il convient de comparer la situation existant en juin 2005, date de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. consid. 3a supra), et celle prévalant à l'époque de la décision querellée (23 août 2011). a) Dans sa demande de prestations du 25 juin 2009, le recourant fait état d'une aggravation de ses lombalgies, survenue au cours de l'été 2008. Constatant que les conclusions de l'examen clinique orthopédique effectué au SMR le 18 mars 2010 – niant l'existence d'une aggravation objective depuis 2005 – divergeaient des avis rendus par le médecin traitant N. _____ (rapport du 28 août 2009) d'une part et par le Prof. K. _____ d'autre part (rapport du 7 novembre 2009), le Dr L. _____ a décidé de confier au Dr S. _____ de la Clinique P. _____ le soin de réaliser une expertise médicale. Comme ses confrères, l'expert a diagnostiqué des lombalgies chroniques (M. 54.5). Il a toutefois concédé ne pas comprendre en quoi la situation s'était détériorée depuis trois ans. Procédant à l'appréciation clinique du cas, il rappelle que le recourant souffre de lombalgies de très longue date, lesquelles n'ont toutefois guère été influencées par les traitements appliqués, y compris chirurgicaux. Il ajoute que, durant l'année 2009, en dépit d'une intensification des traitements et des bilans complémentaires, les différentes investigations ne permettent pas d'identifier l'origine de l'aggravation. Le montage ayant servi à la spondylodèse ne comporte pas de défaut; il n'y a pas de détérioration discale au-dessus de la fusion et il n'y a pas non plus de signe de compression nerveuse. Aussi, analysant la courbe évolutive, le Dr S. _____ constate que l'intéressé est entré dans un processus d'invalidation dès 2003, faisant le deuil de sa capacité à exercer son activité d'employé de bureau. Il remarque à cet égard que le comportement adopté par le recourant en situation d'examen est conditionné par la douleur d'une part mais également par les distorsions cognitives et par sa conviction d'être un invalide. Dès lors, de l'avis du Dr S. _____, le handicap repose essentiellement sur des données subjectives, dans la mesure où il constate une disparité évidente entre les allégations de handicap et les activités qu'il est encore à même d'effectuer. Dans ce contexte, l'expert note que le recourant est autonome dans tous les aspects de sa vie et qu'il

gère sa douleur mieux qu'il ne le perçoit. Ainsi, il développe moult activités différentes: promenades quotidiennes avec son chien; séance hebdomadaire en piscine nécessitant un trajet en bus de 45 minutes; séances pluri-hebdomadaires dans un fitness; activité de caissier pour une société mycologique; activité de secrétariat pour une société de tir; activité de secrétaire communal. Le recourant convient du reste qu'il est capable de gérer son état douloureux, même si cette gestion implique des sacrifices, l'expert notant toutefois que l'intéressé dispose de bonnes ressources personnelles. Au vu de ce qui précède, le Dr S. _____ conclut que la capacité de travail exigible du recourant dans un emploi adapté, par exemple dans le domaine administratif qui a été de tout temps le sien, est de 50 pour-cent. Tout en retenant l'existence d'une aggravation, le Dr N. _____ – qui ne s'est au demeurant pas déterminé sur les conclusions du rapport d'expertise – et le Prof. K. _____ n'opposent pas d'arguments concluants à l'analyse du Dr S. _____. Du reste, le Prof. K. _____ a admis que son appréciation de la capacité de travail se fondait sur les symptômes douloureux décrits par l'assuré et non sur des données objectives (cf. rapport de l'examen clinique orthopédique du SMR du 12 avril 2010, p. 5), ce qui corrobore les remarques de l'expert à propos du processus d'invalidation qu'il a constaté chez le recourant. Il s'ensuit que le taux de 50%, fixé en mars 2005 par le Prof. V. _____, n'a donc objectivement pas changé, si bien que l'on ne saurait médicalement admettre que, en raison de ses lombalgies, le recourant ne mette à profit ses capacités résiduelles. b) Le recourant conteste présenter une capacité résiduelle de travail de 50% dans son activité habituelle d'employé de bureau. Il estime en d'autres termes que, contrairement à l'avis de l'expert S. _____, son état de santé s'est péjoré, d'où une capacité de travail réduite. En procédure administrative, le recourant a produit un rapport du 17 février 2011 destiné au Dr T. _____, spécialiste en médecine générale, dans lequel le Prof. K. _____ relève un changement du tableau clinique avec des douleurs sciatiques droites. Une impression de faiblesse proximale du membre inférieur droit est relevée. L'appréciation de ce tableau clinique conduit le Prof. K. _____ à envisager de nouveaux examens radiologiques, lesquels ne fournissent toutefois aucune explication quant à l'évolution récente. Ainsi, d'après le Dr L. _____, ces investigations complémentaires n'ont pas contribué à confirmer l'origine organique des symptômes. Dans ce sens, il rejoint l'avis de l'expert S. _____, selon lequel les douleurs annoncées font partie des distorsions cognitives de l'assuré et procèdent de sa conviction d'être un invalide. Selon le Dr L. _____, elles ne modifient pas l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée. De toute manière, le Prof. K. _____ ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle du recourant. Quant au caractère prétendument violent de l'examen effectué à la Clinique P. _____ dont le Prof. K. _____ se fait l'écho dans son rapport, outre que ce propos est étranger à l'analyse proprement médicale, il paraît d'autant moins crédible que l'expert S. _____ relève une collaboration correcte de la part de l'assuré lors de l'examen physique, quand bien même différentes modalités d'un comportement douloureux (gémissements, essoufflement après une simple flexion antérieure du rachis, épargne lombaire constante) sont présentes. A l'appui de sa réplique, le recourant a produit deux avis du Dr G. _____, datés des 7 novembre 2011 et 26 janvier 2012. Tout en faisant état d'une péjoration de la situation, ce praticien souligne l'échec d'une stimulation par une électrode épidurale et concède ne pas avoir d'autre approche thérapeutique à suggérer. Outre que le Dr G. _____ ne se détermine pas sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail du recourant, il ne montre pas en quoi l'état de santé du recourant se serait objectivement aggravé depuis 2008, dès lors que son

approche se fonde uniquement sur les moyens de soulager les douleurs. Il ne rend ainsi pas vraisemblable une aggravation de l'état de santé du recourant. Les conclusions du Dr S. _____ ne sont au demeurant pas discutées. Le recourant s'appuie aussi sur l'avis du médecin-conseil (Dr M. _____) du service du personnel de la ville de Lausanne et de la caisse de pensions communale de cette même ville, dernier employeur du recourant, pour faire valoir une invalidité ouvrant le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité (cf. résumé médical du 28 juin 2010 et lettre de la caisse de pensions du personnel communal de la ville de Lausanne du 12 septembre 2011, adressée au conseil du recourant). Il fait en effet valoir que le versement d'une pension de 100% atteste une incapacité totale de travail. Cet argument ne résiste cependant pas à l'examen. En premier lieu, sur le plan formel, le Dr M. _____ n'a pas pratiqué d'expertise sur la personne du recourant, si bien que son appréciation ne procède pas d'un examen circonstancié. Mais il y a plus. En accordant une pension entière d'invalidité, la caisse de pensions communale n'a pas objectivement retenu une aggravation de l'état de santé du recourant fondant une incapacité de travail à 100% à partir de 2009. En effet, dans son avis médical du 28 avril 2009, le médecin-conseil de la ville de Lausanne ne fait que prendre acte d'un taux d'activité actuel de 20% dans un poste à 50% et évoquer l'alternative d'un nouveau contrat avec taux d'activité à 25% et augmentation de la rente à 75% ou d'une rente à 100% avant de constater qu'une réaffectation professionnelle n'est pas envisageable, le poste étant déjà adapté, et de conclure à l'augmentation de la rente à 100% au double motif d'une situation à peine tenable même avec un poste à 25% et d'une mise en péril de l'équilibre familial. Une caisse de pensions publique peut appliquer d'autres critères que l'assurance-invalidité pour l'octroi de pensions (cf. par exemple art. 27 du règlement d'application du 1^{er} juillet 2009 de la caisse de pensions du personnel communal de la ville de Lausanne). Quoi qu'il en soit, les éléments médicaux du dossier du précédent employeur ne permettent pas de mettre en doute le caractère probant de l'expertise effectuée par la Clinique P. _____. c) L'analyse des pièces médicales au dossier conduit donc à retenir, sur la base de l'expertise réalisée par le Dr S. _____, laquelle n'est pas remise en cause de manière décisive, que le recourant présente une capacité de travail exigible dans un emploi adapté à ses limitations fonctionnelle de 50%, taux qui correspond à celui fixé par le Prof. V. _____ dans son expertise de mars 2005. Pour le surplus, le rapport d'expertise du Dr S. _____ se fonde sur une appréciation fouillée du contexte médical, prend en compte les plaintes de l'intéressé et l'expert motive clairement ses conclusions. Enfin, contrairement aux allégations du recourant, le taux de 50% ne se déduit pas uniquement des mouvements que fait l'assuré pour soulager ses douleurs ce, en-dehors de tout cadre professionnel (cf. mémoire de recours du 5 septembre 2011, p. 4). Bien plutôt, cette appréciation repose à la fois sur une analyse médicale et sur une observation en ateliers professionnels. Satisfaisant ainsi aux réquisits jurisprudentiels en la matière (cf. consid. 3b supra), il peut se voir reconnaître une entière valeur probante. Cela étant, les griefs du recourant sur la prétendue dépendance financière de la Clinique P. _____ vis-à-vis de l'Office AI sont dénués de pertinence, dès lors que la jurisprudence a confirmé la validité du système des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), dont fait du reste partie la Clinique P. _____ (ATF 137 V 210 consid. 1.2.2). Au vrai, dans son arrêt du 28 juin 2011, le Tribunal fédéral a considéré que la dépendance financière des COMAI aux montants que l'assurance-invalidité leur verse n'est pas un motif suffisant, en soi, pour conclure, sous l'angle de l'art. 6 CEDH (convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales; RS 0.101), à un manque d'objectivité ou

d'impartialité d'un COMAI (ATF 137 V 210 consid. 1.3 et 1.4). d) Il suit de là que la décision querellée échappe donc à la critique, en tant qu'elle retient, sur la base de l'expertise réalisée par le Dr S._____, qu'une modification de l'état de santé du recourant n'a objectivement pas été établie, d'où une capacité de travail de 50% dans une profession du secteur administratif, qui correspond au domaine habituel d'activité. Dans ce contexte, le degré d'invalidité se confond avec le degré d'incapacité de travail (cf. art. 6 LPGA), de sorte qu'il n'est pas nécessaire de procéder à une comparaison des gains (art. 16 LPGA). Il en découle un taux d'invalidité de 50%, ce qui conduit au versement de la même rente que celle servie jusqu'ici.

E. 6

Le recourant demande encore l'audition des Drs M._____ et G._____. Leurs avis médicaux figurent au dossier, de sorte qu'il y a lieu de renoncer à entendre ces praticiens. On ne voit au demeurant pas ce qu'une telle mesure pourrait apporter à la solution du litige, le dossier constitué étant suffisamment complet pour permettre à la cour de céans de statuer en toute connaissance de cause (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 131 I 153 consid. 3 et les références).

E. 7

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. b) Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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