

VD_FINDINFO AI 286/09 - 342/2010 vom 23. Juli 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-07-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_286_09_-_342_2010

FR: VD_FINDINFO AI 286/09 - 342/2010 du 23 juillet 2010

IT: VD_FINDINFO AI 286/09 - 342/2010 del 23 luglio 2010

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX | 28 LAI, 4 LAI

Erwägungen

E. 4

a) En vertu de l'art. 28 LAI (et auparavant de l'art. 29 LAI), l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins au terme d'un délai d'attente d'une année. Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I_274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I_562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'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 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 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). c) Selon la jurisprudence, les

rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3). Par ailleurs, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, 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 contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I_514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4; TFA 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3). d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude

coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

E. 5

a) En l'espèce, le Tribunal fédéral des assurances a exposé dans son arrêt du 9 décembre 2004 (cf. lettre B.c supra) que le Tribunal des assurances du canton de Vaud avait retenu à juste titre, en se fondant sur le rapport d'expertise du F. _____ (cf. lettre A.d supra), que s'agissant des seules atteintes à sa santé physique, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité légère n'imposant pas le port de charge ni la position statique pendant plus d'une ou deux heures. En l'absence de tout élément médical nouveau, il n'y a pas lieu de revenir sur cette constatation. Seule se pose donc la question de l'incapacité de travail du recourant pour des motifs psychiatriques, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. b) Au vu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant posé par les experts du F. _____ dans leur rapport de synthèse du 8 septembre 2000 (cf. lettre A.d supra), par le Dr M. _____ dans son rapport d'expertise psychiatrique du 10 juin 2005 (cf. lettre C.a supra) et par le Dr W. _____ dans son rapport d'examen clinique psychiatrique du 6 décembre 2006 (cf. lettre C.d supra), il sied tout d'abord d'examiner, au regard des critères dégagés par la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 4d supra), si l'on se trouve dans un cas exceptionnel où l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. A cet égard, force est tout d'abord de constater que le recourant ne présente pas une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. En effet, alors que les experts du F. _____ avaient retenu en 2000 un état anxio-dépressif d'intensité légère à modérée (cf. lettre A.d supra), tant le Dr M. _____, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 10 juin 2005 (cf. lettre C.a supra), que le Dr W. _____, dans son rapport d'examen clinique psychiatrique du 6 décembre 2006 (cf. lettre C.d supra), ont posé le diagnostic de dysthymie (F34.1), soit d'un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger. Ces deux rapports satisfont en tous points aux critères posés par la jurisprudence pour leur accorder pleine valeur probante (cf. consid. 4c supra), et leurs conclusions concordantes, qui sont dûment motivées et convaincantes, doivent être retenues. Les avis médicaux du Dr Z. _____, médecin traitant, des 10 octobre 2005 (cf. lettre C.c supra) et 10 juin 2009 (cf. lettre E.b supra), qui sont beaucoup moins fouillés, ne contiennent pas d'éléments objectifs qui permettraient de remettre en cause le diagnostic de dysthymie, posé de manière concordante par les Drs M. _____ et W. _____, au profit d'une « dépression moyenne à grave récidivante, accompagnant les douleurs chroniques ». Au demeurant, selon la

doctrine médicale, sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient, en principe, faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; TF 9C_533/2008 du 19 mars 2009), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Quant aux autres critères déterminants, il existe certes une affection corporelle chronique, sans rémission durable, sous la forme de cervico-dorso-lombalgies, mais celles-ci se recoupent en partie avec le trouble somatoforme douloureux et le substrat somatique apparaît faible. En revanche, les pièces du dossier ne permettent nullement de conclure à une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, contrairement à ce qu'affirme le recourant sans étayer ses affirmations. Par ailleurs, l'expert M. _____ a souligné l'existence de divergences entre les douleurs décrites et le comportement observé chez le recourant, dont les plaintes le laissaient insensible et qui n'observait pas les prescriptions médicamenteuses. Quant au Dr W. _____, il a souligné l'attitude fort démonstrative, non authentique, du recourant, et la contradiction élatante qui existait entre la gravité des douleurs alléguées et le fait que celui-ci arrivait à effectuer la plupart des tâches ménagères, après que son épouse était devenue incapable de les assumer. Dans ces conditions, il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral rappelée plus haut (cf. consid. 4d supra). c) En l'absence de circonstances permettant de reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux persistant présenté par le recourant, c'est à juste titre que l'OAI a apprécié la capacité de travail de celui-ci au regard des seuls troubles psychiques stricto sensu – à l'exclusion donc du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant – présentés. Or à cet égard, comme on l'a vu (cf. consid. 5b supra), il y a lieu de retenir comme seul diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail – et à côté du diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) – celui de dysthymie (F45.4). Ce trouble entraîne, selon l'appréciation concordante des Drs M. _____ et W. _____, une diminution de 30 % de la capacité de travail du recourant, en présence de ruminations mentales importantes qui portent sur la fausse conviction d'être invalide ostéoarticulaire et qui entraînent une diminution de l'attention et de la concentration. L'appréciation du Dr Z. _____, lequel a d'abord estimé à 70 % l'incapacité de travail du recourant pour des raisons psychiatriques (cf. lettre C.c supra) avant d'estimer qu'il est à considérer comme entièrement invalide (cf. lettre E.b supra), ne permet pas de s'écarter des appréciations concordantes et bien motivées des Drs M. _____ et W. _____. En effet, l'appréciation du médecin traitant n'est étayée que par référence à un diagnostic qui ne peut pas être retenu et par l'existence de douleurs dont on a vu qu'elles ne pouvaient se voir reconnaître un caractère invalidant au regard de la jurisprudence (cf. consid. 5b supra). d) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

E. 6

a) D'après la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu avec invalidité doit être arrêté à la lumière des statistiques salariales ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb, 124 V 321; TFA I_864/2005 du 26 octobre 2006, consid. 2.5, I_298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6,

I_794/2001 du 11 septembre 2003, consid. 5.2). Afin de pouvoir effectuer la comparaison des revenus, l'OAI doit se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant sur la valeur centrale (ou médiane) de la catégorie de la classification en question (tableaux du groupe A) (ATF 124 V 321). En l'occurrence, le salaire de référence retenu (ESS 1996 TA1; niveau de qualification 4) correspond à celui offert pour des postes de travail, toutes activités confondues dans le secteur privé, qui ne requièrent aucune qualification professionnelle particulière (TF I_111/2006 du 19 avril 2007, consid. 5, TFA I_298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6). Considérant le large éventail d'activités simples et répétitives ainsi recouvertes dans les secteurs de la production et des services, il y a lieu de reconnaître qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux limitations fonctionnelles objectivement relativement modestes du recourant (cf. notamment TFA I_112/06, I_111/06, I_372/06 et I_700/05 des 16 août, 19 avril, 25 et 12 janvier 2007). Dans ces conditions, le reproche que fait le recourant à l'OAI de ne pas avoir entrepris les démarches nécessaires pour déterminer s'il pouvait être reclassé dans une nouvelle profession et, le cas échéant, déterminer la ou les professions adéquates tombe à faux. En effet, le recourant n'ayant pas souhaité entrer dans un processus de reclassement, il s'agissait de calculer son préjudice économique par une approche théorique de sa capacité de gain, dans laquelle, comme on vient de le voir, les éléments déterminants ont été pris en considération. b) Cela étant, le recourant critique l'abattement de 5 % retenu par l'OAI sur le salaire d'invalidé ressortant des statistiques, estimant qu'au vu de son âge, du fait qu'il n'a plus travaillé depuis 1996, de ses limitations fonctionnelles, de sa surdité, de l'absence de formation professionnelle, de sa perte d'intégration sociale et du fait qu'il a énormément de peine à parler et comprendre le français, il convient de procéder à un abattement maximal de 25 pour-cent. Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité / catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6). En l'espèce, les limitations fonctionnelles du recourant ont déjà été prises en compte dans l'appréciation qui a conduit à limiter l'exigibilité médicale à 70 %, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à cet égard à un abattement plus élevé que les 5 % retenus par l'OAI pour tenir compte du taux d'occupation (cf. lettre C.e supra). Quant aux autres éléments invoqués par le recourant, il sied tout d'abord d'observer que celui-ci ne se situe pas dans une catégorie d'âge qui soit susceptible de limiter ses perspectives salariales dans le type d'activité envisagé. En outre, l'exercice d'activités industrielles légères ne nécessite pas une bonne connaissance du français ni des qualifications particulières, et la longue période d'inactivité invoquée par le recourant – qui ne constitue pas un critère à prendre en considération pour évaluer l'incapacité de travail ou de gain d'un assuré (TFA I_685/04 du 5 décembre 2005, consid. 5.2) – n'est pas non plus pertinente à cet égard. La cour de céans n'a donc pas de raison de substituer sa propre appréciation à celle de l'OAI, s'agissant de l'abattement retenu par celui-ci en conformité avec la jurisprudence. En tous les cas, même un abattement de

10 % sur le revenu d'invalidé ressortant des statistiques, qui constituerait un maximum et conduirait à retenir un revenu avec invalidité de 34'174 fr. 65, n'aboutirait encore, au regard du revenu sans invalidité (non contesté) de 56'340 fr., qu'à un degré d'invalidité de 39.34 %, soit, arrondi au pour-cent inférieur (ATF 130 V 121 consid. 3.2), de 39 %, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

E. 7

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) 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. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

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