

VD_FINDINFO AI 47/10 - 116/2012 vom 29. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_47_10_-_116_2012

FR: VD_FINDINFO AI 47/10 - 116/2012 du 29 mars 2012

IT: VD_FINDINFO AI 47/10 - 116/2012 del 29 marzo 2012

Regeste

AI{ASSURANCE}, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, REJET DE LA DEMANDE | 28 LAI, 4 LAI, 17 LPGA

Erwägungen

E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 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 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. 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 (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur au 31 décembre 2007; art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5).

E. 4

Au vu de ce qui précède, est déterminante une éventuelle modification de la situation depuis que la décision qu'avait rendue l'OAI environ une année avant la nouvelle demande du recourant. De ce point de vue, une révision de cette décision pourrait être fondée sur une aggravation de la situation de santé du recourant. Cette aggravation peut être intervenue sur le plan somatique ou sur le plan psychique, et il convient d'examiner successivement ces deux aspects.

E. 5

Au plan somatique, la décision du 5 avril 2004 relevait que le recourant ne pouvait plus exercer son activité antérieure, du fait de lombalgies. Un taux d'invalidité de 19% était reconnu au recourant du fait de ses douleurs au dos, objectivées notamment par des lésions dégénérative et une hernie discale. Sur ce point, une aggravation de l'état de santé de l'assuré est affirmée par le médecin traitant. Cette aggravation est toutefois contredite par les conclusions de l'examen clinique auquel a procédé le spécialiste du SMR, soit le Dr K._____. Ce dernier, après examen clinique complet et revu des derniers documents radiologiques, indique une situation clinique stationnaire et une situation radiologique améliorée. Il explique notamment de manière détaillée pourquoi il ne peut retenir – contrairement à l'avis exprimé en 2005 par le radiologue, le Dr B._____ – l'apparition d'une nouvelle hernie (le constat étant en outre unanime d'une régression de la hernie située en L5-S1). Le recourant fait certes valoir que son dos est fragile et que son état empirera forcément, mais ces éléments - tout comme l'avis du généraliste – ne permettent pas, de retenir une aggravation et de mettre en doute les conclusions du spécialiste. Celles-ci ont été communiquées au médecin traitant: on peut voir dans son avis du 8 décembre 2009 qu'il ne les partage pas, mais il ne met pas non plus en lumière d'élément objectif qui permette de les mettre en doute. D'un point de vue somatique, il faut constater que, s'agissant des atteintes dorsales mises en évidence de manière objective par l'examen clinique, le dossier ne démontre pas d'aggravation claire qui permette de retenir un motif de révision, l'invalidité devant toujours être fixée à 19% dans une activité adaptée, cela depuis la décision du 5 avril 2004.

E. 6

D'un point de vue psychique, tant le médecin traitant que l'UPA de [...] ont évoqué des diagnostics de dépression ou encore l'existence d'un trouble somatoforme qui constitueraient des éléments nouveaux affectant la capacité de travail de l'assuré et aggravant potentiellement l'invalidité qui lui était reconnue dans la décision du 5 avril 2004. Au titre de l'instruction de la demande, l'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr L._____ qui a nié toute atteinte psychique invalidante chez le recourant. a) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en

œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). En revanche, 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 (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). En outre, 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).

b) Le recourant reprend tout d'abord des critiques déjà présentées devant l'OAI, quant à la désignation de l'expert. Il estime que l'impartialité du Dr L._____ est mise en cause puisque celui-ci fonctionne régulièrement en tant qu'expert sur mandat des assureurs sociaux, cela dans le cadre du Centre d'expertise médicale (ci-après: CEMED), à [...]. Le CEMED est un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI ; cf. ATF 137 V 210, consid. 1.2.2). S'agissant des COMAI, le Tribunal fédéral a récemment réaffirmé que leur statut, notamment leur financement par l'assureur social, ne permet pas de conclure à la partialité des experts (ATF 137 V 210, consid. 3.4.2.7 in fine). Le Tribunal fédéral avait de même déjà considéré que la présomption d'impartialité de l'expert ne peut être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert de l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 c. 4 et les références). De jurisprudence constante, le fait qu'un médecin soit désigné régulièrement par un assureur social en tant qu'expert ne constitue pas en soi un motif de récusation (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4 et les jurisprudences citées). Le fait que le Dr L._____ intervienne régulièrement en tant qu'expert pour le CEMED ne permet donc pas de conclure d'emblée à sa partialité, ni de priver le rapport d'expertise de sa valeur probante. Les griefs présentés par le recourant sont ainsi injustifiés, la demande de récusation présentée le 22 janvier 2009 par ce dernier pouvait à bon droit être rejetée par l'OAI.

c) Le recourant critique ensuite le fait pour l'expert de n'avoir eu qu'un unique entretien de deux heures avec lui pour fonder son expertise psychiatrique. Comme l'intimé l'a relevé, la durée de l'examen n'est pas un critère de la valeur probante d'un rapport médical et on ne saurait de ce fait remettre en question la valeur du travail d'un expert dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_386/2010 du 15 novembre 2010, consid. 3.2; 9C_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 4.4.2; I 1084/06 du 26 novembre 2007, consid. 4). Cette critique ne remet donc pas non plus en cause la validité de l'expertise.

d) Sur le fond, le recourant considère que l'expertise contient des contradictions, principalement en ce qui concerne un trouble somatoforme douloureux invalidant qui devait être reconnu. S'agissant de troubles non objectivables et notamment de troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence considère qu'il existe une présomption que ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et elle a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recourent pas avec le trouble somatoforme douloureux),

d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 506/04 du 22 février 2006, consid. 3 et la doctrine citée). 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 (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2). Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1 in fine et la doctrine citée), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (cf. TF 9C_451/2009 du 22 mars 2010, consid. 2 ; I 87/06 du 31 janvier 2007, consid. 3.2, et la jurisprudence citée). Dans le cas d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique objectivable, la mission de l'expert consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Le Tribunal fédéral a mis en évidence l'existence de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Les experts failliraient à leur mission s'ils ne tenaient pas compte de ces différents critères dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65, consid. 3; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 4.2.1). e) Sur l'existence d'atteintes psychiques, ainsi que celle d'un trouble somatoforme douloureux, l'expert a examiné de manière systématique l'existence de telles affections chez le recourant et, en particulier, il a émis un avis motivé s'agissant des critères dégagés par la jurisprudence pour admettre l'existence et le caractère invalidant d'un éventuel trouble somatoforme douloureux. Même si la question de savoir si l'effort raisonnablement exigible de l'assuré est une question de droit (cf. TF 9C_451/2009 du 22 mars 2010, consid. 1.2; I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 4), l'expert psychiatre a bien rempli sa mission puisqu'il se devait de reprendre les critères dégagés par la jurisprudence et de les examiner dans le cadre de son expertise (cf. ATF 132 V 65 déjà cité). Pour le reste, au contraire de ce qu'affirme le recourant, la question d'une invalidité due à un trouble somatoforme douloureux a bien été tranchée par l'OAI, ce dernier ayant indiqué qu'il entendait suivre les conclusions de l'expert (lettre accompagnant la décision du 7 janvier 2010, p. 2). Or, à l'issue de son examen, celui-ci a nié l'existence d'un trouble somatoforme douloureux chez le recourant. Il se distance d'abord des conclusions du médecin traitant et de l'UPA, quant à l'existence d'une dépression, en soulignant en particulier que cette unité est intervenue sur une courte durée, en lien avec le médecin traitant et la mandataire. A l'examen - et cela quand bien même le recourant ne prend pas les anti-dépresseurs qui lui sont prescrits -, l'expert ne relève pourtant pas de critères suffisants pour aboutir au diagnostic d'un trouble dépressif. Le Dr L. _____ reconnaît à plusieurs reprises l'impact de la douleur que peut éprouver le recourant sur son moral et son humeur (cf. par exemple, p. 19: "l'assuré vit une situation pénible avec son

atteinte réelle") et qu'il relève d'ailleurs n'avoir pas de confirmation d'une majoration des symptômes (expertise, p. 19, ad IV). C'est donc en toute prise en compte des plaintes du recourant qu'il nie un trouble dépressif et pose un diagnostic qui inclut "pour notre domaine des possibles tendances dysthymiques, des phénomènes d'irritabilité, de nervosité qui sont fluctuants et réactionnels" (expertise, p. 19). En l'absence de cette comorbidité psychiatrique, l'expert considère qu'un trouble somatoforme douloureux ayant un impact invalidant ne peut pas non plus être retenu. Il procède néanmoins à l'examen des autres critères permettant de retenir un caractère invalidant. Il doit notamment relever que le recourant n'a pas perdu toute vie sociale, en l'espèce par le maintien de liens familiaux forts, qu'il n'y a pas d'état psychique cristallisé, et que le patient n'est pas observant. L'expert en conclut que les critères permettant de renverser la présomption d'un effort de la volonté exigible de la part du recourant en lui permettant de surmonter d'éventuelles douleurs ne sont pas réunis. Pour lui, c'est essentiellement l'acceptation de l'idée d'un travail adapté par le recourant qui n'est pas intervenue et la problématique est à placer dans un champ extra-médical. Ces conclusions divergent de l'avis du médecin traitant, qui admettait une surcharge psychique causée par la douleur et une pleine incapacité. Mais comme le rappelle la jurisprudence, les conclusions de l'expert doivent être en général préférées à celles du médecin traitant. En définitive, le Dr T. _____ se dit certes perplexe devant les conclusions de l'expert, mais il n'élève pas de griefs objectifs à l'encontre de son travail (cf. courrier du 8 décembre 2009). Les conclusions de l'expert divergent aussi de celles de l'UPA, qui retenait une incapacité de travail d'au moins 50% pour des motifs psychiques. Il s'agit là d'un avis spécialisé, mais le rapport du 20 décembre 2007 ne fait état que d'une "impression diagnostique". Or, l'intervention de l'UPA a été ponctuelle, un suivi psychologique ne s'est pas installé dans la durée et ce rapport n'a jamais fait l'objet de compléments - malgré les déclarations et les demandes répétées du recourant - (cf. par exemple recours, ad pt. 7). En outre, si même on veut considérer que c'est un réel diagnostic de dépression qu'avait alors posé l'UPA, on peut penser que l'état du recourant s'est en définitive amélioré entre l'intervention de l'UPA et l'expertise. Le courriel du 3 mai 2010 émanant de la Dresse N. _____ ne parle ainsi pas non plus d'un diagnostic formel de dépression (celle-ci "n'apparaissant plus au premier plan"), mais uniquement de celui de personnalité avec traits passifs-agressifs et impulsifs. Ces éléments ne suffisent pas à remettre en cause un rapport d'expertise indépendant, rendu postérieurement, bien documenté et bien motivé. Dans ces circonstances, on doit retenir qu'il n'existe pas non plus d'avis ou d'éléments objectifs extérieurs, qui constitueraient des indices concrets permettant de douter des conclusions de l'expertise (cf. ATF 125 V 351, consid. 3b/bb précité). Comme celle-ci remplit par ailleurs les conditions dégagées par la jurisprudence pour que lui soit accordée pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 351, consid. 3a précité) et il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'une nouvelle expertise (appréciation anticipée des preuves, cf. notamment ATF 130 II 425, consid. 2.1). L'OAI pouvait ainsi se baser sur les constats de l'expert pour retenir que les critères dégagés par la jurisprudence n'étaient soit pas remplis, soit n'imprégnaient pas les constats médicaux à un point tel qu'un effort de la volonté n'était pas exigible (TF I 506/04 précité), et que le recourant ne présentait pas de trouble somatoforme douloureux à caractère invalidant, ni d'autre affection psychologique.

E. 7

En l'absence d'évolution tant somatique que psychologique, il faut constater qu'il n'est fait état d'aucun élément nouveau qui aboutisse à retenir une aggravation de l'incapacité de travail du recourant et donne motif à révision. Dans cette mesure, le recours, entièrement

mal fondé doit être rejeté et la décision de l'Office confirmée.

E. 8

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 janvier 2010. Les frais de justice doivent être arrêtés, et une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure doit être fixée ; les frais et l'indemnité seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RS 173.36]). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est 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). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RS 211.02.3]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. Par ailleurs, le conseil du recourant n'ayant pas produit sa liste des opérations, son indemnité d'office sera fixée équitablement à 1'500 fr. (TVA comprise), au vu de l'étendue des opérations qui ont été nécessaires à la conduite du procès.

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