

VD_FINDINFO AI 50/08 - 35/2010 vom 25. Januar 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-01-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_50_08_-_35_2010

FR: VD_FINDINFO AI 50/08 - 35/2010 du 25 janvier 2010

IT: VD_FINDINFO AI 50/08 - 35/2010 del 25 gennaio 2010

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1 er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. d LPA-VD).

E. 2

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant à une éventuelle rente d'invalidité, singulièrement sur le point de savoir si les affections dont il souffre justifient une incapacité de travail et sont invalidantes au sens de l'assurance-invalidité.

E. 4

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité

par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a). S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'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). 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. 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 figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus malade 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 traitement), 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 (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

E. 5

a) Sur le plan somatique, il est constant que le recourant souffre de lombalgies depuis 1992, sous forme de discopathie L4-L5 (rapport du Dr J. _____ du 13 juin 1995), de lombalgies communes sur discopathies L5-S1 (rapport du Dr C. _____ du 1^{er} novembre 2004), de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec déconditionnement physique et focal) (rapport du Dr H. _____ du 24 janvier 2005 et du Dr D. _____ du 24 août 2005), et de lombosacralgies chroniques qui ne justifient ni l'importance des douleurs ni leur longévité et dont la cause organique n'a pu être déterminée malgré les nombreuses investigations (rapport du Dr V. _____ du 26 avril 2005). Le Dr H. _____ relève également une probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et une hypermobilité sacro-coccygienne mais sans argument pour une pathologie systémique ou spécifique. Il n'existe pas non plus de cause organique à l'origine des vertiges chroniques dont l'intéressé se plaint également (rapport du Dr P. _____ du 22 octobre 2008). Il n'y a donc, objectivement, aucune raison de s'écarter des conclusions des Drs C. _____ et V. _____ qui considèrent que la capacité de travail du recourant reste entière dans une activité adaptée, soit sans ports de lourdes charges, mouvements répétitifs du tronc ou activités en porte-à-faux. A cet égard, l'avis du Dr D. _____ selon lequel son patient ne peut exercer une telle activité qu'à raison de trois à quatre heures par jour ne saurait être retenu dans la mesure où les plaintes physiques n'ont pas de cause organique et que, sur le plan psychique, l'intéressé ne présente pas de comorbidité grave (cf. consid. 5b ci-dessous). Enfin, le sentiment personnel du recourant quant à sa capacité de travail n'est pas déterminant, d'autant que cela ne correspond pas aux constatations médicales comme en l'espèce et que celui-ci ne fait valoir aucune autre affection physique susceptible de remettre en cause les diagnostics posés par les différents spécialistes.

b) Il convient dès lors d'examiner si, d'un point de vue psychique et à la lumière notamment des critères dégagés par la jurisprudence, le recourant est en mesure de fournir l'effort de volonté raisonnablement exigible en vue de surmonter les effets de sa symptomatologie douloureuse. Ainsi qu'il ressort des pièces du dossier, le Dr T. _____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et personnalité sensitive, lesquels ont été repris in extenso par le Dr D. _____. L'ensemble du tableau clinique lui a permis de conclure à une comorbidité psychiatrique grave et à la présence d'une problématique de longue durée, fixée par des bénéfices primaires importants ayant débuté bien avant le début de l'incapacité de travail. Il a estimé que si la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle de maçon coffreur était nulle, celui-ci pouvait néanmoins exercer à mi-temps toute autre activité légère, telles celles de distribution d'imprimés ou de surveillance de locaux. Quoique non spécialistes, les Dr H. _____ et V. _____ ont respectivement évoqué un état anxio-dépressif et trouvé le patient quelque peu déprimé. Pour sa part, le Dr L. _____ n'a relevé aucune comorbidité psychiatrique significative, hormis de discrets traits de personnalité paranoïaque. S'agissant des autres critères fixés par la jurisprudence fédérale, il a constaté un processus malade de longue durée, une résistance aux traitements

dans les règles de l'art et un état psychique cristallisé; en revanche, l'intéressé a gardé une intégration sociale dans toutes les manifestations de sa vie. C'est à juste titre que l'expertise exclut tout d'abord le facteur de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. En effet, le Dr L. _____ constate pertinemment que le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (anciennement névrose de compensation) (F68.0) posé par le T. _____ en août 2005 procède déjà de la définition internationale du trouble somatoforme douloureux (F45.4), lequel constitue une douleur persistante non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble. Quant à la personnalité sensitive (F60.0) retenue par le Dr T. _____ et que la CIM-10 définit plus exactement comme « trouble de la personnalité paranoïaque », outre le fait que l'intéressé ne présente pas les critères relatifs à cette maladie (il n'a pas montré de méfiance ou de rancune excessives, de tendance à interpréter les intentions des autres comme malveillantes ou à se sentir attaqué), il est vrai que ce trait de personnalité n'aurait pas échappé au moniteur d'atelier du stage que le recourant a accompli auprès de W. _____ de décembre 2007 à mars 2008. Le rapport d'évaluation de fin de stage mentionne que l'intéressé respectait les règles et usages, était devenu davantage serein face à sa maladie et tenait des propos nettement plus cohérents quant à son quotidien et à son avenir; il n'est fait état ni de situations conflictuelles ni d'un comportement insupportable dans les relations avec les collègues de travail. Si l'expert constate tout de même quelques traits discrets de personnalité paranoïaque qu'on peut lier aux difficultés d'émigration et d'acculturation et qui peuvent s'exacerber dans un contexte de stress, ceux-ci n'en constituent pas pour autant un trouble invalidant en tant que tel. Enfin, le Dr L. _____ note que le recourant ne présente pas de trouble anxieux spécifique, d'état dépressif, de trouble psychotique floride, de problèmes relatifs à des substances psycho-actives ou d'affection cérébro-organique. S'agissant des autres critères, le recourant ne souffre d'aucune affection corporelle chronique indépendante du trouble somatoforme douloureux et a gardé son intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie : il regarde la télévision (il a pu rapporter les actualités du jour à l'expert), sort se balader dans le parc voisin, aide son épouse à effectuer les courses, rencontre régulièrement ses frères et discute quelquefois avec ses anciens collègues de travail. Il conduit encore sur de courtes distances. Il a peu d'amis, mais on sait qu'il semble n'avoir eu de tout temps que très peu d'activités de loisirs (expertise du Dr T. _____ du 16 août 2005, p. 3). Même si l'expert doute que le trouble somatoforme douloureux puisse être assimilé à une maladie stricto sensu, il admet que l'on est en présence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Il constate sommairement que l'état psychique du recourant s'est cristallisé « sachant que les choses n'ont guère évolué depuis des années ». On observera néanmoins à ce sujet que le projet de réinsertion professionnelle mis en place auprès de W. _____ a permis une certaine évolution de la situation dans laquelle le recourant s'est progressivement enkysté, de sa capacité à ne pas systématiquement fuir dans la maladie et à prendre confiance en lui. En effet, dans le dernier rapport d'évaluation de stage, les organisateurs ont noté une décentration des points d'appui pour compenser les douleurs dorsales, une évolution dans la constance au poste, une vigilance davantage dirigée sur le travail, un progrès dans l'engagement au travail et des propos plus cohérents face à la maladie. Enfin, il y a lieu de relativiser l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Il ressort ainsi des divers avis médicaux que le recourant n'a pas pleinement collaboré

depuis le départ aux traitements thérapeutiques proposés, notamment sous l'angle d'une prise en charge antidépressive médicamenteuse et de consultations psychiatriques. Le Dr H. _____ a relevé que l'intéressé « semblait peu ouvert dans ce domaine » (janvier 2005), le Dr V. _____ a noté qu'il lui « semblait impossible de proposer une consultation psychiatrique » (avril 2005) et le Dr D. _____ a mentionné « Refus du patient à prendre un traitement psychotrope » (août 2005). Quant au suivi psychothérapeutique effectué auprès du Dr K. _____ de 2006 à 2008, force est de relever que celui-ci avait peu de chances d'aboutir dès lors que le recourant persiste encore dans son refus d'associer ses troubles somatiques à son état psychique (cf. mémoire du 28 septembre 2009). Hormis le constat d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années et un état psychique cristallisé, mais dont on a vu qu'il a évolué favorablement lorsque le recourant a effectué un stage de réentraînement au travail, il faut admettre que le trouble somatoforme douloureux ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, le recourant n'est pas en mesure de fournir un effort de volonté raisonnablement exigible pour travailler dans une activité adaptée à plein temps sur le plan somatique.

E. 6

février 2008 de s'adresser directement à l'autorité compétente.

E. 7

En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 8

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPG, 55 LPA-VD).

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