

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 303 vom 18. Juni 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__303

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 303 du 18 juin 2018

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 303 del 18 giugno 2018

Regeste

DROIT D'ÊTRE ENTENDU, RÉPARATION DU VICE DE PROCÉDURE, NOUVELLE DEMANDE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, DÉPENS | 29 al. 2 Cst., 17 LPGA, 42 LPGA, 87 RAI

Erwägungen

E. 1

er février 2018 consid. 3). c) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). De manière générale, 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. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). 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 d'un rapport médical, 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

E. 5

a) En l'occurrence, il s'agit de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé entre la décision de l'OAI du 21 août 2009 – confirmée sur recours par arrêt de la Cour de céans du 6 avril 2011 puis par arrêt du Tribunal fédéral du 26 mars 2012 – et la décision attaquée

au point d'influencer son droit à une rente d'invalidité. Dans la décision litigieuse, l'OAI estime que tel n'est pas le cas. Il retient, sur la base des expertises psychiatriques et rhumatologiques réalisées respectivement en 2015 et 2016, que le recourant peut exercer une activité adaptée à 100 % du point de vue somatique et qu'il n'existe aucune atteinte invalidante d'ordre psychiatrique. b) Dans son recours, le recourant conteste les conclusions de l'expertise psychiatrique au motif qu'elle contredit les rapports de ses psychiatres traitants et estime nécessaire de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique pour lever ces contradictions. Le Dr Q._____ considère en effet, dans ses rapports médicaux des 11 mars 2014 et 1^{er} février 2016, que le recourant est en totale incapacité de travail en raison d'un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), de troubles de la personnalité sans précision (F60.9), d'une agoraphobie avec trouble panique (F40.1) et d'un trouble somatoforme sans précision (F45.9). Or, contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr X._____ tient compte des diagnostics posés par le Dr Q._____ et explique de manière motivée pourquoi il ne les retient pas. Ainsi, l'expert reconnaît que les plaintes de l'assuré peuvent laisser penser à un épisode dépressif sévère comme retenu par le psychiatre traitant, mais expose ensuite (cf. rapport d'expertise p. 19 et 20) qu'il ne constate pas d'abaissement important de l'humeur persistant, de signes de fatigue après des efforts minimes, de diminution majeure de la concentration ou de l'attention, ni d'idée de dévalorisation, d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir ou encore de signe objectivable d'une diminution de l'appétit. Il relève que l'assuré participe activement à l'examen durant plus de trois heures, qu'il donne une description positive de sa personnalité, qu'il relativise les idées de culpabilité concernant son divorce et garde l'espoir de sortir de la précarité sociale. De plus, le recourant nie toute idée ou acte suicidaire, décrit une diminution de la libido depuis seulement dix mois contrastant avec sa plainte concernant la persistance d'une importante souffrance psychique depuis des années et se plaint de difficultés de sommeil sans réveil matinal précoce. Le Dr X._____ estime que l'ensemble de ces éléments ne permet pas de confirmer le diagnostic d'épisode dépressif majeur. Il mentionne en outre que le rythme des consultations et la dose des médicaments prescrits contrastent avec le diagnostic posé par le Dr Q._____. Concernant les angoisses et l'agoraphobie dont se plaint le recourant, l'expert note que celui-ci relativise ses propos à l'exploration et qu'il utilise le terme d'angoisse surtout pour exprimer son sentiment de rancune, de déception et d'insatisfaction concernant des événements qu'il considère comme injustes (séparation avec sa deuxième épouse, refus de rente d'invalidité). L'expert ne constate aucune manifestation anxieuse chez l'assuré ni trouble panique ou phobique. Il exclut également la présence d'un trouble de la personnalité compte tenu de l'anamnèse, qui ne montre pas de déviations sévères sur plusieurs niveaux de fonctionnement persistant depuis l'adolescence (cf. rapport d'expertise p. 20). Il conclut en revanche à la présence d'une accentuation de traits de personnalité narcissique et quérulant, n'ayant pas valeur de maladie, et se fonde notamment sur ce diagnostic pour expliquer les discordances relevées par les médecins entre les résultats objectifs et les plaintes subjectives du recourant. Il estime que les éléments évoquant une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques restent insuffisants pour retenir un diagnostic de trouble somatoforme, en l'absence de signes clairs d'amplifications observés récemment par les différents spécialistes du domaine somatique. En outre, il relève que la plainte principale de l'assuré ne concerne pas les douleurs. Finalement, le Dr X._____ expose les raisons qui l'incitent à poser le diagnostic de dysthymie en relation avec la dépression chronique et fluctuante du recourant, persistant depuis sa séparation d'avec sa deuxième épouse en 1999

(cf. rapport d'expertise p. 20). Au vu de ce qui précède, il ne se justifie pas de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise du Dr X. _____, auquel il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'expert s'est prononcé en connaissance du dossier et de l'anamnèse du recourant, a tenu compte de ses plaintes et expliqué de manière détaillée et motivée pourquoi il ne retenait pas les diagnostics posés par le Dr Q. _____ et concluait à l'absence de maladie psychiatrique incapacitante. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'instruire plus avant la question de savoir si, comme il l'affirme dans son recours, le recourant va régulièrement chercher les médicaments qui lui sont prescrits, contrairement à ce que la Dresse A. _____ mentionne dans son rapport d'expertise. S'il n'a pour finir produit aucune pièce attestant ses déclarations comme il l'avait annoncé dans son recours, cet élément n'est dans tous les cas pas déterminant. Non seulement le retrait des médicaments en pharmacie ne permet pas d'établir que le recourant les prend effectivement, étant rappelé que la prise de sang effectuée lors de l'expertise a infirmé la prise régulière d'un antidépresseur. Mais surtout, comme déjà mentionné, le Dr X. _____ relève que la prescription d'un somnifère léger et d'un antidépresseur à une dose efficace minimale contrastent avec le diagnostic retenu par le Dr Q. _____. Dès lors, la preuve de la prise effective des médicaments prescrits ne permettrait pas de remettre en cause les conclusions du Dr X. _____. Au final, il y a lieu de retenir que le recourant ne souffre actuellement pas d'une maladie psychiatrique incapacitante. Son état de santé psychique ne s'est par conséquent pas modifié de manière substantielle depuis l'examen du Dr P. _____ en février 2009, qui arrivait à la même conclusion et retenait, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen en rémission. c) Sur le plan somatique, le recourant invoque que l'OAI n'a pas pris en compte son état de santé actuel, soulignant que celui-ci se serait fortement dégradé depuis la dernière décision de l'OAI, au point qu'il ne peut plus exercer d'activité, même adaptée. On peut tout d'abord particulièrement s'étonner des propos du recourant dans la mesure où il affirme à plusieurs reprises que son état de santé s'était amélioré entre les années 2008 et 2013 – parlant même d'une période de rémission – alors qu'il a contesté la décision négative de l'OAI du 21 août 2009 par deux recours successifs, auprès de la Cour de céans puis du Tribunal fédéral, concluant à chaque fois à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Quoiqu'il en soit, il faut constater que dans la décision attaquée, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise de la Dresse A. _____ établi en décembre 2016, qui se prononce sur la situation actuelle du recourant. Dans ce rapport, la Dresse A. _____ expose de manière détaillée et motivée qu'il n'y a pas eu d'aggravation des problématiques liées au talon gauche et au genou gauche. En ce qui concerne les lombosciatalgies présentes dans le contexte d'un canal lombaire étroit et rétréci, l'experte ne note pas de signe physique d'atteinte radiculaire ou de diminution de mobilité qui puisse induire des limitations fonctionnelles justifiant une incapacité de travail prolongée. Elle reconnaît que la probable tendinite du tendon du sus-épineux gauche et la discrète bursite sous acromio deltoïdienne motivent effectivement une infiltration de dérivés cortisonés, mais précise que ces atteintes n'engendrent en aucun cas des répercussions fonctionnelles à long terme. La Dresse A. _____ estime au final que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles : station debout limitée à deux heures, marche possible pendant une à deux heures, station assise non limitée, éviter la marche sur terrain instable ainsi que le travail en hauteur, pas de travail accroupi ou à genoux, port de charges de 5 à 8 kg plusieurs fois et occasionnellement jusqu'à 15 kg. Son rapport d'expertise comporte un résumé de l'ensemble du dossier de l'assuré sur près de vingt pages, une analyse de toutes

les imageries à disposition, auxquelles s'ajoutent celles qu'elle a ordonnées et une anamnèse complète (familiale, personnelle, sociale, professionnelle, médicamenteuse et par système). Elle a pris en compte les plaintes du recourant, classées par ordre d'importance décroissante, et a effectué un examen clinique avant de se prononcer en motivant ses conclusions. Son rapport d'expertise peut par conséquent se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant des médecins traitants du recourant, il y a lieu de souligner que le Dr C. _____ conclut, dans ses rapports des 14 mars 2014, 20 octobre 2016 et 28 juin 2017, à l'existence d'une totale incapacité de travail dans la profession de cuisinier et à la nécessité d'une reconversion professionnelle, voire d'une retraite anticipée ou une rente d'invalidité. Ce faisant, il admet que le recourant bénéficie d'une capacité de travail qu'il pourrait mettre en valeur dans un emploi adapté. Seul le Dr K. _____ estime que le recourant est totalement incapable d'exercer une activité lucrative, même adaptée. La formulation de ses rapports médicaux des 26 mars 2014 et 23 mai 2016 laisse toutefois à penser que cette incapacité de travail est due à ses problèmes somatiques conjugués à un état anxio-dépressif. Or, l'expertise du Dr X. _____ a permis d'exclure la présence d'une maladie psychiatrique incapacitante. Toujours est-il que les rapports médicaux du Dr K. _____ sont succincts, comportent une anamnèse très brève, ne font pas état d'un examen clinique détaillé et ne contiennent pas de conclusions motivées. Ils ne sont dès lors pas propres à remettre en cause le rapport d'expertise de la Dresse A. _____. En outre, les problèmes de hernies ombilicales et épigastriques présentés par le recourant et pour lesquels il a produit différents rapports médicaux n'ont pas conduit à une incapacité de travail de longue durée, ce qu'il ne conteste d'ailleurs pas (cf. également rapport d'expertise p. 28). Il en va de même de l'éventuelle déchirure méniscale du genou droit évoquée par le Dr V. _____, pour laquelle la Dresse A. _____ n'a pas trouvé d'argument (cf. rapport d'expertise p. 34-35). Dans son recours, le recourant allègue avoir dû être opéré d'urgence en raison de problèmes de cataracte liés à son diabète. Non seulement, il ne produit aucune pièce médicale à ce sujet, mais de plus, contrairement à ce qu'il soutient, il faut constater que la Dresse A. _____ a tenu compte du fait qu'il présente un diabète de type 2 et précisé que ce diagnostic était sans répercussion sur sa capacité de travail. Au final, il apparaît que le recourant bénéficie, sur le plan somatique, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, comme cela était déjà le cas en 2009. Les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse A. _____ sont par ailleurs similaires à celles qu'avait posées le Dr T. _____ à l'issue de son rapport d'examen du 19 février 2018, ce que constate également le Dr D. _____ dans son avis médical SMR du 17 mars 2017. d) Dans la mesure où les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit, il apparaît que les réquisitions faites par le recourant ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent. Ces réquisitions peuvent donc être rejetées par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 et les références citées). e) En l'absence d'aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision du 21 août 2009, c'est à juste titre que l'OAI a écarté la nouvelle demande de prestations déposée par celui-ci le 17 février 2014.

E. 6

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent en principe être mis à la charge du recourant, qui succombe.

Cependant, il y a lieu de tenir compte, pour la fixation de ces frais, du fait que la présente procédure de recours était nécessaire pour garantir le respect du droit d'être entendu du recourant et réparer un vice de procédure (TF 9C_670/2013 du 4 février 2014 consid. 3.3.1). Par conséquent, les frais de justice, arrêtés à 400 fr., doivent être supportés à raison de 200 fr. par le recourant et de 200 fr. par l'intimé. Dès lors que le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, le montant des frais mis à sa charge est provisoirement supporté par l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Compte tenu de la violation du droit d'être entendu, réparée dans le cadre de la procédure de recours, il y a également lieu d'allouer des dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA ; TF 9C_670/2013 précité), qu'il convient d'arrêter à 752 fr. 30. d) Par décision du juge instructeur du 22 mai 2017, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 avril 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me François Gillard. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 24 novembre 2017, faisant état de 7 heures et 30 minutes de travail, auxquelles s'ajoutent des débours par 43 fr. 20. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Gillard est arrêtée à 1'504 fr. 65 (débours et TVA compris) compte tenu d'un tarif horaire de 180 francs. Cette indemnité est partiellement couverte par les dépens à hauteur de 752 fr. 30, de sorte que le solde de 752 fr. 35 est provisoirement supporté par le canton. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce dernier montant dès qu'il sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC et 18 al. 5 LPA-VD).

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