

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 358 vom 5. Juli 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-07-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__358

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 358 du 5 juillet 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 358 del 5 luglio 2019

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, EXPERTISE | 28 LAI, 4 LAI, 87 RAI

Erwägungen

E. 5

juillet 2019 _____ Composition : M. Métral , président M. Neu, juge, et Mme Feusi, assesseur Greffière : Mme Raetz ***** Cause pendante entre : I. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman avocat à Montreux, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art.

E. 6

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 21 décembre 2012 par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de ce dernier s'est modifié depuis la décision du 26 octobre 2010, confirmée par jugement du 28 janvier 2013, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen complet de son droit à la rente (cf. consid. 3b supra), la décision du 1^{er} octobre 2014 ayant été annulée par la Cour de céans. a) Sur le plan somatique, le Dr W. _____ a retenu, dans son rapport du 27 juin 2013, des scapulalgies, des cervico-brachialgies, un urticaire chronique et un status post-cure de hernie inguinale gauche. Il a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité. Cependant, les douleurs aux épaules et les cervico-brachialgies ne sont pas nouvelles (cf. rapport du 17 mars 2009 du Dr J. _____, rapport du 15 mars 2010 du Dr W. _____). Elles ont fait l'objet de la première demande de prestations. Les limitations fonctionnelles décrites par le Dr W. _____, liées aux épaules, ont déjà été relevées à l'époque (cf. avis médical du 19 juillet 2010 du SMR). Par ailleurs, la cure de hernie s'est bien déroulée et l'incapacité de travail qui en a résulté a duré moins de deux semaines. Pour le surplus, la Cour de céans a considéré, dans son arrêt du 30 juin 2015, que l'état de santé physique du recourant ne s'était pas modifié par rapport à celui qui prévalait au moment de la décision du 26 octobre 2010 de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Le renvoi à l'OAI pour complément d'expertise ne concernait que le plan psychique (cf. CASSO AI 252/14 – 171/2015). Les pièces figurant au dossier ne mettent pas en évidence une éventuelle aggravation survenue depuis cet arrêt. Le recourant, se limitant à mentionner qu'il souffre toujours de cervico-brachialgies, n'indique pas non plus en quoi son état de santé somatique se serait détérioré. L'incapacité de travail totale dans toute activité attestée par le Dr W. _____ n'avait au demeurant déjà pas été suivie à l'époque, pour ce qui concerne la période dès mars 2009 (cf. rapport du 15 mars 2010 du Dr W. _____). En effet, contrairement au médecin généraliste traitant, l'OAI, puis la

Cour de céans avaient considéré que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter de mars 2009, correspondant à la date de l'examen du recourant par le Dr J. _____ (cf. décision du 26 octobre 2010 de l'OAI confirmée par l'arrêt CASSO AI 404/10 – 16/2013). Force est ainsi de constater que sur le plan somatique, l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré depuis la décision du 26 octobre 2010 de manière à lui ouvrir le droit à une rente. b) Au plan psychique, le recourant se fonde principalement sur les rapports du Dr V. _____, lequel a attesté une incapacité de travail totale depuis le 24 mai 2011, date du début du suivi psychiatrique. Toutefois, dans son rapport d'expertise du 26 août 2017, le Dr Q. _____ retient qu'il y a certes eu une incapacité de travail probable entre 2011 et 2013, mais que l'assuré a recouvré une capacité de travail entière dans l'activité habituelle au-delà de cette période. Le Dr Q. _____ a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse. En particulier, même s'il n'a pas eu de contact personnel avec le Dr V. _____, il a examiné avec soin ses rapports des 13 juin 2013 et 27 janvier 2017. Le Dr Q. _____ a en outre pris en compte les plaintes du recourant, lequel a notamment pu s'exprimer lors d'un examen qui s'est déroulé en présence d'un interprète. Enfin, l'expertise contient une description et une appréciation claires de la situation médicale, ainsi que des conclusions bien motivées. En effet, pour la période passée, le Dr Q. _____ n'a pas exclu une incapacité de travail entre 2011 et 2013. Il s'est basé sur le rapport du 13 juin 2013 du Dr V. _____, lequel relevait que l'assuré lui avait été adressé en mai 2011 dans un contexte de symptomatologie dépressive sévère avec idéation suicidaire et retrait régressif à domicile. Le Dr Q. _____ a cependant observé, sur la base des indications du Dr V. _____, que l'état de l'intéressé avait évolué positivement dans le courant de l'année 2013, avec une amélioration de la thymie. Les idées suicidaires avaient en outre disparu. Pour la période suivante, le Dr Q. _____ explique de manière détaillée les raisons pour lesquelles il ne retient pas certains diagnostics posés par le Dr V. _____. En premier lieu, ce dernier faisait état d'un trouble de la personnalité de type psychotique, en affirmant que l'amélioration de la thymie en 2013 avait révélé un fonctionnement psychotique sous-jacent qui s'était trouvé décompensé par l'accident subi en janvier 2008 et les complications subséquentes. Le Dr Q. _____ expose pour sa part que le recourant a été capable d'émigrer, de s'intégrer de manière adéquate dans le monde du travail, de s'engager dans une relation à long terme avec son épouse et d'assumer une famille. A l'instar de l'expert, il convient de retenir que l'intéressé a trop bien « fonctionné » pour qu'il soit question d'une personnalité pathologique. En outre, le Dr M. _____, lequel a examiné l'assuré en novembre 2008, a lui aussi exclu une psychopathologie notoire. Les Drs N. _____ et L. _____ n'ont quant à eux pas non plus constaté d'élément de la lignée psychotique (cf. rapport du 31 mai 2016). On observe aussi que la fréquence du suivi psychiatrique de l'intéressé ne correspond pas à un état psychotique pouvant justifier une incapacité de travail à 100 % (cf. rapport du 27 janvier 2017 du Dr V. _____, faisant état d'une dernière consultation au 5 septembre 2016, soit près de cinq mois plus tôt). Pour finir, tel que le relève le Dr Q. _____, la seule mention par le Dr V. _____ d'idées persécutives et d'intrusion ne suffit pas pour conclure à une personnalité psychotique. L'expert écarte également de manière convaincante le diagnostic de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique posé par le psychiatre traitant. En effet, le Dr Q. _____ exclut un syndrome algique intense et constate que le comportement de l'assuré et son mode de relation au monde extérieur sont expliqués par la symptomatologie de la dysthymie et l'agoraphobie, seuls diagnostics qu'il retient. Selon l'expert, ces deux

diagnostics n'ont aucun effet sur la capacité de travail, l'agoraphobie ne pouvant être qualifiée de sévère. A cet égard, il sied de relever que l'assuré sort à nouveau seul de chez lui et est parti en vacances en [...] avec son épouse, en avion, durant l'été 2016. Le Dr Q. _____ a encore écarté le diagnostic de trouble somatoforme avec somatisations retenu par le Dr V. _____, en expliquant que les douleurs ne pouvaient être qualifiées d'intenses et que les plaintes du recourant n'étaient pas multiples et variables, mais concernaient uniquement ces douleurs. Le Dr Q. _____ a procédé à un examen global, en prenant en considération les différents indicateurs définis par la jurisprudence en matière de troubles psychiques. Il a notamment analysé la personnalité du recourant et les ressources de ce dernier, lequel est très entouré par sa famille, avant de conclure à une pleine capacité de travail. Le seul fait que l'expert a retenu un pronostic incertain, voire défavorable, n'exclut pas une telle capacité. Il a d'ailleurs recommandé, en l'absence d'amélioration de la dysthymie, la prescription d'un autre traitement antidépresseur. Le Dr Q. _____ a encore précisé que dans la détermination du degré d'incapacité de travail, il avait écarté l'âge, le déconditionnement professionnel et les velléités régressives de l'assuré, ce qui est correct. Le recourant ne peut reprocher au Dr Q. _____ d'avoir « survolé » les éléments somatiques, puisqu'il n'appartient pas à l'expert psychiatre de se prononcer sur les atteintes physiques. Au demeurant, tel que relevé ci-dessus, les troubles somatiques de l'assuré ne justifient pas l'octroi d'une rente d'invalidité. Enfin, il ne saurait faire grief à l'expert de ne s'être entretenu qu'à une seule reprise avec lui, un tel procédé apparaissant usuel dans le contexte d'une mission d'expertise, tandis que l'opportunité de plusieurs entrevues peut légitimement être laissée à l'appréciation de l'expert (cf. TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3). En définitive, la Cour de céans considère que l'expertise du Dr Q. _____ remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier à ses conclusions. Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations du Dr Q. _____. En particulier, même si les Drs N. _____ et L. _____ ont constaté des troubles neuro-cognitifs légers dans leur rapport du 31 mai 2016 – lequel a été pris en considération par l'expert, qui a discuté de cette problématique –, ceux-ci n'excluent pas d'emblée l'exercice d'une activité lucrative. Par ailleurs, dans son rapport du 5 mars 2018, le Dr V. _____ relève que l'état clinique de son patient reste superposable à celui qu'il a décrit dans son rapport du 27 janvier 2017. L'état de santé de l'assuré ne s'est donc pas péjoré depuis l'examen par le Dr Q. _____, lequel s'est déroulé en août 2017. Le rapport du Dr V. _____ ne permet pas d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert. En particulier, le seul fait que l'expert n'a pas mentionné les hallucinations visuelles ponctuelles de l'assuré sous forme d'une araignée, lors des pics de douleurs à la nuque, ne suffit pas. En réalité, le Dr V. _____ fait une appréciation différente d'une même situation clinique. Or, l'expert a expliqué avec précision et de manière convaincante les raisons pour lesquelles il excluait certains diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr V. _____. c) Au vu de ce qui précède, l'OAI était fondé à retenir, sur la base de l'expertise du Dr Q. _____, que le recourant a présenté une incapacité de travail totale du 24 mai 2011 au 31 décembre 2013 en raison d'atteintes psychiques, puis une capacité de travail entière. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, tel que requis par l'assuré. Enfin, c'est à bon droit que l'OAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2013 au 31 mars

2014. Selon la jurisprudence, si l'invalidité renaît pour des motifs autres que ceux qui ont justifié par le passé l'octroi d'une rente limitée dans le temps et supprimée dans l'intervalle, il s'agit là d'un nouvel événement assuré. Dans ce cas, le versement de la nouvelle rente intervient au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date de la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, laquelle a en l'occurrence été déposée en décembre 2012 (art. 29 al. 1 LAI ; ATF 140 V 2 ; TF 9C_421/2016 du 17 octobre 2016 consid. 3). Par ailleurs, la suppression de la rente à partir du 1^{er} avril 2014, soit trois mois après l'amélioration notable et durable de l'état de santé de l'assuré, est justifiée (cf. art. 88a al. 1 RAI).

E. 6.2

et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). 5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

E. 7

a) En définitive, 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 des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Aba Neeman (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a communiqué le 3 juin 2019 une liste des opérations totalisant 6,44 heures de travail et 174 fr. de débours. Le temps consacré pour chaque poste mentionné apparaît correct et justifié. S'agissant des débours, il convient toutefois d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le montant de l'indemnité de Me Neeman est donc arrêté à 1'159 fr. 20 concernant ses honoraires (correspondant à 6,44 heures x 180 fr.), auquel s'ajoute une somme forfaitaire de 57 fr. 95 pour les débours, et la TVA par 93 fr. 70, soit un total de 1'310 fr. 85, arrondi à 1'311 francs. La rémunération de l'avocat d'office, de même que les frais judiciaires, sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser les montants dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5

RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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