

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 788 vom 19. Oktober 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__788

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 788 du 19 octobre 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 788 del 19 ottobre 2022

Regeste

AI{ASSURANCE}, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, NOUVELLE DEMANDE, REJET DE LA DEMANDE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

E. 49

al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées). 6. a) En l'espèce, l'intimé statuait sur la deuxième demande de prestations du recourant. Lors de la première procédure, une expertise médicale pluridisciplinaire a été mise en œuvre, comprenant les volets de médecine interne générale, de médecine physique et réadaptation, ainsi que de psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 31 juillet 2018, les experts du B. _____ ont retenu l'existence de plusieurs atteintes d'ordre somatique, en particulier une pathologie cardiaque, une lombalgie sur lésions dégénératives et une gonarthrose évoluée. Sur le plan psychiatrique, ils ont posé le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes. Ils ont décrit les limitations fonctionnelles découlant de l'ensemble de ces atteintes et conclu à une incapacité de travail totale et définitive dans l'exercice de l'activité habituelle de plâtrier-peintre, mais à une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Le caractère probant de cette expertise a été admis par l'intimé, qui a alloué une rente d'invalidité limitée dans le temps, eu égard à la capacité de travail dans une activité adaptée recouvrée dès le 1^{er} juin 2014, décision confirmée sur recours. A l'appui de la deuxième demande de prestations du recourant, la Dre D. _____ a fait état d'une aggravation de l'état psychique dans un courrier du 13 mai 2020. Sur avis du SMR, l'intimé

est entré en matière sur cette demande et a sollicité un rapport auprès des psychothérapeutes traitants. La Dre D. _____ a réécrit ultérieurement pour insister sur l'aggravation de l'état psychique et signaler que les lombalgies étaient en recrudescence, accompagnées de sciatalgies, et que les articulations des deux genoux étaient totalement altérées. Sur le plan somatique, le recourant a produit avec sa demande un rapport de la consultation spécialisée dans la prise en charge de la douleur. Après avoir obtenu un nouveau rapport des psychothérapeutes traitants de l'assuré, l'intimé a soumis l'ensemble du dossier au SMR, qui n'a pas vu de modification significative de l'état de santé du recourant depuis le premier examen. L'intimé a consulté une nouvelle fois le SMR à réception des pièces médicales supplémentaires versées au dossier par l'assuré avec ses objections au projet de décision. Le SMR ayant conclu à une appréciation différente d'un même état de fait, l'intimé a confirmé son projet de décision et rejeté la demande. b) Dans un premier moyen, le recourant a fait grief à l'intimé d'avoir procédé à une instruction lacunaire, en se fondant uniquement sur les conclusions du SMR des 12 février et 17 décembre 2021. Il a reproché à ce dernier un manque de motivation de ses rapports et un point de vue orienté, émettant l'hypothèse qu'il a nié une aggravation pourtant bien documentée afin de satisfaire des objectifs statistiques. S'agissant de la motivation, il y a lieu de relever que le recourant semble se référer aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux et expertises, soit aux pièces médicales destinées à poser un diagnostic et à attester la capacité de travail d'un assuré. Cependant, comme l'a rappelé l'intimé, les deux écrits du SMR en question s'inscrivent dans le cadre de la mission de conseil de ce service conféré par l'art. 59 al. 2 bis LAI. Son rôle se limitait donc à donner un avis sur la qualité et le contenu des pièces médicales versées au dossier. Or, sur ce point, le SMR a, dans ses deux avis, indiqué précisément les raisons pour lesquelles il concluait à l'absence de modification notable de l'état de santé du recourant depuis le précédent examen. Ainsi, dans son avis du 12 février 2021, le SMR a rappelé qu'une expertise pluridisciplinaire avait été établie en juillet 2018 et a confronté les nouveaux rapports des médecins traitants avec les résultats de cette expertise pour conclure que la situation n'avait pas connu d'aggravation. Dans l'avis du 17 décembre 2021, le SMR a évalué le caractère probant des pièces produites par le recourant avec ses objections au projet de décision et en a analysé le contenu, toujours en regard de l'expertise de 2018. N'ayant pas procédé lui-même à un examen du recourant, le SMR n'avait pas à établir d'anamnèse ou de status, ni à motiver les diagnostics ou la capacité de travail retenus. Les critiques du recourant sur la valeur probante des deux avis du SMR doivent par conséquent être écartées. Quant aux éléments qui amènent le recourant à douter de l'impartialité du SMR, respectivement de la Dre S. _____ qui a rédigé les deux avis, il faut constater qu'ils sont inconsistants. En effet, l'utilisation du terme « amplification » et la mention d'une collaboration passive dans son rapport du 17 décembre 2021 sont directement reprises du rapport d'évaluation neuropsychologique établi le 12 octobre 2021 par la psychologue C. _____ et la neuropsychologue Z. _____. Il ne s'agit donc pas d'une opinion de la Dre S. _____, mais d'un constat posé par les spécialistes consultées par le recourant. Pour le surplus, les autres éléments mis en avant par le recourant quant à un rejet systématique des troubles psychiques ou à une politique délibérée d'économie de coût, ne sont pas suffisamment étayés pour qu'il y soit donné crédit, étant relevé que le contenu des rapports litigieux sera examiné ci-après par la Cour de céans. Par ailleurs, c'est en vain que le recourant met en doute la qualification de la Dre S. _____. En effet, comme déjà dit, la Dre S. _____ n'a pas procédé à un examen du recourant au sens 49 al. 2 RAI et encore moins à une expertise au sens de

l'art. 44 LPGA, mais bien à une évaluation des conditions médicales du droit aux prestations en vertu de la mission que lui confère l'art. 59 al. 2 bis LAI. Or, pour une telle analyse, il est admis par la jurisprudence qu'une spécialisation n'est pas nécessaire, puisqu'il s'agit uniquement d'émettre un avis sur les rapports établis par des confrères (cf. notamment TF 9C_238/2019 du 17 mai 2019 consid. 4.2 ; 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3). Il s'agit dès lors d'examiner si, entre la première décision de refus de prestations passée en force et fondée sur un examen complet, du 22 février 2019, et la décision objet du présent recours, rendue le 3 janvier 2022, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. c) Sur le plan somatique, la Dre D._____ a fait état dans sa lettre du 18 juin 2020 d'une recrudescence de lombalgies, accompagnées de sciatgies à bascule, ainsi que de gonalgies « maximales » en raison de l'altération totale de l'articulation des deux genoux. Elle ne décrit cependant pas de limitations fonctionnelles en lien avec ces éléments anamnestiques, mentionnant seulement une incapacité de travail totale depuis mars 2013. Elle n'est pas plus précise dans le courrier qu'elle a adressé le 31 mai 2021 au mandataire du recourant, puisqu'elle a seulement évoqué une incapacité de travail « évidente » en raison de l'ensemble des atteintes somatiques et psychiques de son patient. Quant aux anesthésiologistes, ils ont écrit dans leur rapport du 16 mars 2020 que la symptomatologie s'était aggravée, en ce sens que les lombalgies étaient associées à un trajet radiculaire sur l'arrière de la jambe gauche irradiant dans le pied. Ils ont également évoqué des gonalgies invalidantes, des douleurs à la hanche droite, une position assise difficile en raison d'une augmentation des douleurs avec l'appui fessier gauche. Ils ont précisé que l'évaluation de la douleur minimale par le patient était de 4 et ont résumé les résultats d'une radiographie du bassin et d'une IRM lombaire effectuées le 18 décembre 2019. Le status était décrit comme suit : « Marche en boitant avec difficulté à fléchir les genoux. Doigt-sol 20 cm, maintien sur un pied impossible car les gonalgies sont importantes, pointes tenues, talons non tenus, flexion avant du tronc améliore la symptomatologie douloureuse, extension de la colonne douloureuse et exacerbe la radiculopathie gauche. Lasègue négatif, rétro-lasègue positif à gauche. Hanche droite douloureuse aux mouvements de rotation externe et interne. Bon pouls périphérique aux membres inférieurs. » A propos de ces éléments, la Dre S._____ du SMR a exposé dans son avis du 12 février 2021 que la situation décrite par les anesthésiologistes était superposable à celle déjà connue tant au niveau clinique qu'au niveau de l'imagerie, que les lombosciatgies étaient connues de longue date, en se référant au rapport du Dr N._____ du 3 novembre 2016, et qu'il n'était pas mentionné d'aggravation au niveau des genoux, pour lesquels une indication chirurgicale avait été posée dès 2017. Le rapport du Dr N._____ du 3 novembre 2016 posait en effet le diagnostic de lombosciatgies bilatérales avec hernie discale L4-L5. A l'époque, le patient avait décrit des douleurs en recrudescence depuis le début de l'année 2016, avec des douleurs depuis les fesses jusqu'aux pieds, surtout le gauche au niveau du gros orteil, peu de décharges électriques, de légères brûlures, étant précisé que les autres classifications étaient difficiles à établir pour des raisons de compréhension de la langue. Les douleurs étaient présentes dans toutes les positions, même couchée, nécessitant de fréquents changements de position et, à la marche, les douleurs portaient dans la jambe. Ce rapport a fait partie des pièces médicales remises aux experts qui ont examiné le recourant par la suite. Dans son rapport d'expertise spécialisé du 31 juillet 2017, le Dr F._____ a noté que le recourant décrivait ses douleurs comme suit (ch. 3.2, p. 14 du rapport d'expertise de médecine physique et réadaptation) : « Se plaint de douleurs occipitales droites survenant

de temps en temps, que Monsieur W. _____ néglige, il se plaint essentiellement de douleurs lombaires associées à une lombo-sciatique gauche avec des fourmis qui apparaissent uniquement en position couchée. La douleur est estimée à 4-5/10 à l' [échelle visuelle analogique], elle n'est pas impulsive à la toux et à la défécation, la marche est possible pendant quarante-cinq minutes environ avec des pauses toutes les dix minutes. Lors de la dernière consultation auprès d'une algologue qui le suit, il a été évoqué une possible indication chirurgicale. En ce qui concerne les genoux, la douleur persiste, elle gêne la descente des escaliers qui se fait avec l'aide de rampes. Il existe des épisodes d'œdèmes. Aucun traitement n'est actuellement prescrit, le chirurgien aurait simplement précisé qu'il était à l'écoute de Monsieur W. _____ lorsqu'il aurait décidé de se faire opérer. L'expertisé considère qu'il est dans l'incapacité totale de reprendre une activité professionnelle. La pathologie est stationnaire actuellement, sans aggravation. » Le Dr F. _____ a par ailleurs constaté notamment (ch. 4.1, pp.17ss du rapport d'expertise de médecine physique et réadaptation), à l'examen du rachis lombaire, une distance mains-sol de 55 cm avec des douleurs lors du relevage ainsi que l'extension et la rotation à droite douloureuses, et à l'examen des membres inférieurs, des douleurs à la mobilisation des hanches ainsi qu'à la flexion des genoux. Il apparaît ainsi que les douleurs signalées par les médecins en 2020 étaient essentiellement les mêmes qu'en 2017. Le recourant a d'ailleurs lui-même évalué l'intensité de sa douleur au même niveau, soit 4 à 5 auprès de l'expert en 2017 et 4 auprès des anesthésiologistes en 2020. Quant à l'intervention sur le genou droit en mars 2022 mentionnée par le recourant dans sa dernière écriture, outre le fait qu'il s'agit d'un élément de fait postérieur à la décision qui ne peut par conséquent pas être pris en compte à ce stade, il faut encore relever, à l'instar du SMR, que l'indication pour une chirurgie au niveau des genoux existait déjà au moment de l'expertise. En conséquence, l'on ne saurait voir l'intervention alléguée comme la preuve d'une aggravation de l'état de santé survenue en 2020. Il faut dès lors constater que le SMR a comparé de manière objective les rapports versés au dossier à l'appui de la deuxième demande de prestations et que ces nouvelles pièces n'ont pas rendu vraisemblable une péjoration substantielle de l'état de santé du recourant depuis le premier examen sur le plan physique. d) Du point de vue psychiatrique, une aggravation sévère a été signalée par la Dre D. _____ dans ses courriers des 15 mai et 18 juin 2020, sans autre constat médical venant étayer cette affirmation si ce n'est la mention d'idées suicidaires ayant nécessité la reprise d'un suivi régulier. Dans leur rapport du 22 septembre 2020, les psychothérapeutes traitantes ont pour leur part mentionné les symptômes actuels suivants : tristesse, irritabilité, fatigabilité, manque de confiance, sentiment de culpabilité et d'inutilité, manque de motivation, troubles de la concentration, isolement social et idées pessimistes. Elles ont en outre signalé un ralentissement psychomoteur avec des difficultés à la marche et des troubles de l'équilibre lorsque l'intéressé se lève de sa chaise, une thymie abaissée avec de l'anxiété et une certaine irritabilité, un sentiment de désespoir et de culpabilité, des ruminations. Des idées pessimistes étaient présentes avec une difficulté à se projeter dans l'avenir, mais il n'y avait pas d'idées suicidaires scénarisées. Les psychiatres traitantes ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, F32.2, en précisant qu'il existait depuis « au moins 2017 ». Ainsi, contrairement à la Dre D. _____, les Dres L. _____ et K. _____ n'ont pas relevé d'idées suicidaires et n'ont pas fait état d'une aggravation, mais d'une situation qui perdurait depuis 2017. A cet égard, la Dre L. _____ écrivait déjà le 12 octobre 2017 que son patient présentait un état dépressif sévère, caractérisé par une humeur triste, une anhédonie importante, des troubles du sommeil à type d'insomnie et

qu'il était irritable et en colère, avec perte de l'élan vital, Avec ses objections au projet de décision, le recourant a produit une troisième lettre de la Dre D. _____, qui ne contenait aucun élément anamnestique supplémentaire. Il a également joint un rapport d'évaluation neuropsychologique établi le 12 octobre 2021, lequel faisait état de certaines difficultés chez le recourant, mais les relativisait en précisant que l'intéressé avait collaboré de manière passive et qu'il avait « probablement amplifié ses déficits ». Ainsi, les auteures de ce rapport, qui observaient par ailleurs des signes de dépression qualifiés d'importants et une situation familiale décrite comme problématique, n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles sur le plan neuropsychologique et ont renvoyé à l'évaluation des pathologies psychiatriques et motrices. Enfin, le recourant s'est prévalu d'un rapport établi le 16 novembre 2021 par le Dr R. _____ posant, comme les psychothérapeutes traitantes, le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2, et faisant état d'une aggravation depuis une année. Ce médecin a expliqué qu'il fallait retenir ce diagnostic dès lors que la symptomatologie anxiodépressive perdurait depuis 2013 sans évolution particulière. Il a par ailleurs évoqué une aggravation depuis environ une année, manifestée par la présence d'idées noires face à une situation personnelle qui s'était progressivement dégradée sur plusieurs niveaux (personnel, couple, social, économique, professionnel et santé physique). Pour établir son rapport, le Dr R. _____ a vu le recourant lors d'un unique entretien et a alors constaté des troubles de l'attention et de la concentration. Les plaintes du recourant étaient des ruminations concernant sa situation personnelle et professionnelle, en lien avec un manque de reconnaissance et un sentiment d'injustice, une certaine instabilité de l'humeur avec parfois un sentiment de tristesse envahissante et de stress, ainsi qu'un sentiment de passer à côté de sa vie, une fatigue avec manque de motivation et d'élan vital, une tendance à s'isoler. Le contenu de la pensée montrait des préoccupations sur la souffrance actuelle avec des perspectives et alternatives professionnelles et personnelles très incertaines. Le status décrit par le Dr R. _____ se révèle donc superposable à celui dépeint par les psychothérapeutes en 2020, respectivement au tableau dépeint par la Dre L. _____ dans son rapport d'octobre 2017. Le recourant a entre-temps fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire, en juillet 2018. Devant l'expert psychiatre, le recourant décrivait une symptomatologie anxieuse d'intensité forte et une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, réactionnelle aux problématiques somatiques douloureuses et cardiaques évoluant depuis 2013. Les symptômes relatés comprenaient de la tristesse, des troubles de la mémoire, un sentiment de dévalorisation, de l'inquiétude pour l'avenir, du pessimisme et de la fatigue. Ce status, comparable à celui posé par la Dre L. _____ en octobre 2017, a amené l'expert à ne retenir aucune limitation fonctionnelle et à conclure à une capacité de travail complète sur le plan psychiatrique. Une pleine valeur probante a été reconnue à cette expertise, en dépit des rapports des médecins traitants. Etant encore rappelé qu'en matière d'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2), il faut constater que les rapports médicaux déposés en 2020 et 2021 ne permettent pas de retenir une péjoration de l'état de santé psychique postérieure à l'expertise de juillet 2018, les divergences procédant d'une appréciation différente d'un même état de fait, comme l'a exposé le SMR. e) Dans ces conditions, l'intimé était fondé à rejeter la seconde demande de prestations au motif que l'état de santé du recourant n'avait pas connu de modification notable depuis sa décision du 22 février 2019. 7. Au vu de ce qui précède, il apparaît que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance

de cause. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner l'expertise judiciaire pluridisciplinaire requise par le recourant, ni de procéder à son audition. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents de la cause ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Il en va de même de la réquisition figurant dans l'écriture du recourant du 8 avril 2022, tendant à la production au dossier de la convention d'objectifs conclue entre l'OFAS et l'intimé. Les réquisitions du recourant précitées doivent donc être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Au demeurant, la production de la convention d'objectifs, liée à la gestion administrative de l'office cantonal, paraît inadéquate pour prouver les allégations du recourant, étant au demeurant relevé que la Loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la transparence (LTrans ; RS 152.3) ne saurait être invoquée à l'appui d'une réquisition de pièce en procédure judiciaire, si celle-ci ne porte pas précisément sur une décision de l'administration fédérale refusant l'accès à ladite pièce. 8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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