

## **VD\_GERICHTE ZD08.017386 vom 17. Februar 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-02-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD08.017386](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.017386)

FR: VD\_GERICHTE ZD08.017386 du 17 février 2010

IT: VD\_GERICHTE ZD08.017386 del 17 febbraio 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

a) Le recourant reproche ensuite à l'OAI d'avoir suivi les conclusions de l'expert Q.\_\_\_\_\_ et des médecins du SMR en écartant celles de ses psychiatres traitants de l'UPA d'Yverdon-les-Bains, qui le suivent depuis 2003. Selon lui, les précisions données par les médecins de l'UPA, ainsi que "l'inconsistance" du rapport d'expertise et des rapports du SMR, mettraient sérieusement en doute la pertinence de ces derniers, auxquels on ne saurait dès lors reconnaître pleine valeur probante. Par ailleurs, en juxtaposant le rapport d'expertise de 2003 – auquel le recourant avait bien collaboré – à celui de 2006, l'aggravation de l'état de santé du recourant paraît évidente, de sorte qu'il serait arbitraire de

- 14 - retenir une capacité de travail de 80% en 2006 alors qu'elle avait été estimée à 70-80% en 2003. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 (ATF 125 V 261 c. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, c. 2.1). 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 125 V 261 c. 4, 115 V 134 c. 2, 114 V 314 c. 2c, 105 V 158 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, c. 1.1). Le juge des assurances sociales 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. 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 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1).

- 15 - Cela étant, selon la Haute Cour, 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 ont

généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, c. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, c. 3). c) En l'espèce, comme on l'a déjà dit, le rapport d'expertise psychiatrique établi le 4 septembre 2003 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ à la demande de la caisse-maladie G.\_\_\_\_\_ se fonde sur des examens complets – notamment un long entretien avec l'assuré, des tests psychométriques et des examens paracliniques –, prend en considération les plaintes de la personne examinée, repose sur une anamnèse circonstanciée, décrit clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale et aboutit à des conclusions qui sont bien motivées, de sorte qu'il remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit attribuée. Les conclusions de ce rapport ont été confirmées – après que les médecins du SMR, ayant de leur côté examiné l'assuré, furent parvenus à des conclusions qui se recoupaient avec celles de l'expert Q.\_\_\_\_\_ – par le rapport d'expertise complémentaire établi le 25 juillet 2006 après deux nouveaux entretiens avec le recourant qui ont eu lieu les 10 novembre 2005 et 20 mars 2006, soit à quatre mois d'intervalle. Les conclusions du Dr Q.\_\_\_\_\_ se fondent sur des éléments objectifs et non seulement, comme semble le penser le

- 16 - recourant, sur l'attitude oppositionnelle que celui-ci a eue dans le cadre du complément d'expertise et sur le sentiment d'inauthenticité des plaintes qu'a alors ressenti l'expert. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 25 juillet 2006, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a précisé que ses observations étaient superposables à celles de son expertise de 2003 – lors de laquelle le recourant, comme celui-ci le relève lui-même, avait bien collaboré – ainsi qu'à celles faites par le SMR dans le rapport d'examen clinique du 22 juin 2005. Il a souligné que les divergences entre ses propres conclusions et celles des médecins du SMR d'une part, les conclusions des médecins traitants d'autre part, étaient dues au rôle du médecin traitant qui prend fait et cause pour l'assuré. Dans leur rapport du 10 novembre 2006 produit par l'assuré à l'appui de sa contestation du projet de décision du 4 octobre 2006, les médecins de l'UPA posent le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, à l'instar de l'expert Q.\_\_\_\_\_ et des médecins du SMR. Ils posent en outre le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, alors que l'expert Q.\_\_\_\_\_ retient que s'il existe certains éléments de la lignée anxieuse et dépressive, ceux-ci sont toutefois insuffisants pour parler d'un état dépressif majeur moyen à sévère ou d'un trouble anxieux spécifique. Ces différences de diagnostic expliquent les différences dans l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, l'incapacité de travail étant estimée à 70% à 80% par le Dr Q.\_\_\_\_\_ et à 100% par les médecins traitants de l'UPA.

L'appréciation de ces derniers n'est toutefois pas de nature à remettre sérieusement en cause l'appréciation objective de l'expert Q.\_\_\_\_\_, dans la mesure où la mise au premier plan de la symptomatologie anxio-dépressive repose expressément sur "l'établissement d'un lien thérapeutique de confiance". Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, il n'y a ainsi pas lieu de remettre en cause les

conclusions de l'expert Q.\_\_\_\_\_.

## E. 5

a) Rappelant les principes posés par la jurisprudence fédérale sur la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux, le recourant soutient que la comorbidité psychiatrique est

- 17 - clairement attestée par les psychiatres de l'UPA. De même, les autres critères retenus par la jurisprudence qui font que l'effort de volonté en vue de surmonter la douleur est impossible et par conséquent la réintégration dans un processus de travail également, ils auraient été au moins partiellement mentionnés par le SMR, mais sans que les conséquences en aient été tirées. En effet, le recourant souffre d'affections corporelles chroniques s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (problèmes dorsaux), d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, et il est fait état de l'échec du traitement médical; le critère de la perte d'intégration sociale serait également rempli puisque le recourant évite tout contact social, se montre agressif envers sa famille et s'isole complètement. Selon le recourant, les critères permettant de conclure à une sévérité des troubles somatoformes douloureux et de leur reconnaître un caractère invalidant seraient ainsi tous présents et constitueraient une base suffisante pour admettre que la capacité de travail du recourant est sévèrement limitée et a conduit à une invalidité avérée.

b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité; il existe au contraire une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société. (ATF 132 V 65 c. 4.2.1; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, c. 2.1). 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

- 18 - de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 c. 4.2.2; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, c. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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); 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 (par exemple

une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 c. 4.2.2; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, c. 2.2). c) En l'espèce, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants qui a été posé ne suffit pas pour conclure à l'invalidité sévère alléguée par le recourant. Il résulte en effet des constatations de l'expert Q.\_\_\_\_\_, dont on a exposé plus haut pour quels motifs elles l'emportaient sur celles des médecins traitants et qui sont au demeurant corroborées par celles des médecins du SMR, qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. Le critère d'un état psychique cristallisé, sans

- 19 - évolution possible au plan thérapeutique, n'entre donc pas en ligne de compte en l'absence de comorbidité psychiatrique. Par ailleurs, on ne saurait retenir que le recourant souffre d'affections corporelles chroniques s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, puisque les examens effectués ont permis d'exclure une origine organique des douleurs. Les éléments du dossier ne permettent pas non plus de constater une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Quant à l'échec des traitements concernant la problématique algique, il a été dûment pris en compte par l'expert Q.\_\_\_\_\_, puisque celui-ci retient en raison des douleurs chroniques une diminution de la capacité de travail de 20% à 30%. Au surplus, le fait que la problématique algique soit mal systématisable et exprimée sur un mode démonstratif et qu'il se dégage selon l'expert Q.\_\_\_\_\_ un sentiment d'inauthenticité important – ce qui rejoint les constatations faites par les médecins du SMR lors de leurs propres examens – constitue un élément important en faveur d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Il s'ensuit que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient une capacité résiduelle de travail de 80% sur le plan psychiatrique.

## **E. 6**

a) Le recourant reproche enfin à l'OAI d'avoir déterminé son degré d'invalidité sur la seule base d'une évaluation médico-théorique de sa capacité de travail, sans procéder au calcul économique imposé par l'art. 16 LPGA et sans tenir compte du fait que l'activité de manœuvre du bâtiment ne serait plus adaptée. b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Ainsi, en droit suisse, les critères médico-théoriques ne sont pas déterminants; l'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATF 110 V 275 c. 4a et la référence; cf. aussi ATF 114 V 314 c. 3c; par analogie RAMA 1991 n° U 130 p. 272 c. 3b). Dès lors, le taux d'invalidité ne se confond

- 20 - pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, car ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 114 V 281 c. 1c et 310 c. 3c). c) En l'espèce, il ne résulte pas des pièces du dossier qu'il existerait sur le plan somatique des limitations fonctionnelles qui empêcheraient le recourant d'exercer son activité habituelle de manœuvre dans le bâtiment, en l'absence d'origine organique des douleurs. Les seules limitations fonctionnelles qui ont

été mises en évidence sont celles constatées sur le plan psychiatrique, qui ont conduit à retenir une capacité résiduelle de travail de 80%. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 25 juillet 2006, le Dr Q.\_\_\_\_\_ indique que l'activité exercée jusqu'ici est toujours exigible à 80%, en précisant qu'il n'y a pas de diminution de rendement sur un tel taux d'activité. Telles sont d'ailleurs également les conclusions des médecins du SMR. Dans la mesure où l'activité de manœuvre dans le bâtiment est ainsi exigible à 80%, le degré d'invalidité se confond en l'espèce avec celui de l'incapacité de travail, puisque le même travail exercé à 80% conduit à une perte économique de 20%. Au demeurant, même si l'on retenait une capacité de travail résiduelle de 30%, le degré d'invalidité serait toujours inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à un quart de rente.

#### **E. 7**

a) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant conserve une capacité de travail résiduelle de 80% dans son activité antérieure de manœuvre dans le bâtiment et qu'il présente ainsi un degré d'invalidité de 20%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Par conséquent, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit

- 21 - se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI, applicable ratione temporis à la présente procédure puisque celle-ci a été introduite après le 1er juillet 2006). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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