

VD_GERICHTE ZD09.033669 vom 15. August 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-08-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.033669

FR: VD_GERICHTE ZD09.033669 du 15 août 2011

IT: VD_GERICHTE ZD09.033669 del 15 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours qui respecte au surplus les conditions formelles (art. 60 al. 1, 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]) est recevable.

E. 2

Est litigieuse en l'espèce la décision du 3 septembre 2009 de l'Office AI supprimant le droit à la rente du recourant dès le 1er novembre 2009 en raison d'une amélioration significative de son état de santé. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une

- 18 - infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée conformément à l'art. 17 LPGA. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque

- 19 - celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TFA I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les

références). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 s.; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.1). c) 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

- 20 - De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, 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. 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 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43).

- 21 -

E. 3

Le recourant fait grief à l'office intimé d'avoir violé les principes régissant l'appréciation des preuves en accordant une pleine valeur probante au rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 9 décembre 2004 qui retenait une amélioration de son état de santé. Il soutient que l'ensemble des médecins consultés, excepté le SMR, s'accorde à reconnaître une aggravation de son état de santé en raison de multiples pathologies somatiques et psychiques (douleurs articulaires et musculaires, paresthésies de tout le corps, vertiges, malaises, fibromyalgie, dépression et apnée du sommeil), l'empêchant d'exercer une quelconque activité. a) On constate en l'occurrence que la décision initiale d'octroi de rente de 1996 ne contient pas de motivation mais indique uniquement un degré d'invalidité de 80%. Il ressort néanmoins du dossier médical que cette décision se fondait sur les diagnostics de fibromyalgie (ou polyinsertionite), de personnalité à traits paranoïaques, ainsi que de syndrome d'apnée du sommeil. Ces diagnostics avaient été posés par les médecins du Centre pluridisciplinaire de la douleur (cf. rapport du 9 mars 1995), ainsi que par le médecin traitant qui attestait une incapacité de travail de 80% dans l'activité habituelle de l'assuré (cf. rapport du Dr J. _____ du 5 octobre 1995). Les 1ère et 2e procédures de révision ont abouti au maintien de la rente sur la base des rapports médicaux du médecin traitant attestant un état stationnaire (cf. rapports du Dr R. _____ des 4 juillet 1997 et 7 mai 2001). Lors de la 3e procédure de révision ouverte en 2003, l'Office AI a estimé que les rapports médicaux remis par le médecin traitant, le Dr L. _____, ainsi que par la Dresse P. _____, n'étaient pas suffisamment étayés pour déterminer si l'état de santé du recourant avait évolué ou non, raison pour laquelle il a mis en oeuvre un examen bidisciplinaire au SMR.

- 22 - b) Sur le plan somatique, le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique au SMR a retenu un probable syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathies dégénératives de L3 à S1 avec protrusion médiane des disques en raison duquel l'assuré devait avoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges de plus de 10 kg, permettant d'alterner les positions assise et debout et d'éviter le travail penché en avant ou sur des échelles. Toutefois dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail du recourant était entière, selon ce spécialiste. Il a relevé que malgré l'absence de signe objectif d'atteinte somatique — également mise en évidence par les médecins du Centre pluridisciplinaire de la douleur dans leur rapport du 9 mars 1995, ainsi que par la Dresse P. _____ dans son rapport du 26 mars 2004 —, l'examen clinique avait déclenché des douleurs multiples et généralisées de la part de l'assuré mettant en évidence la présence de nombreux signes de non-organicité. Il a également noté une forte impression d'exagération des symptômes. S'agissant enfin du syndrome d'apnée du sommeil, le recourant ayant été opéré en 1995, et utilisant un appareil CPAP pour dormir, ce trouble n'était à l'évidence pas responsable d'une incapacité de travail. On constate que les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR 14 décembre 2004 sur le plan somatique sont corroborées par les pièces médicales au dossier, en particulier par les constatations des médecins du Centre pluridisciplinaire de la douleur, ainsi que par celles de la Dresse P. _____,

mettant en évidence l'absence d'atteinte somatique expliquant les multiples plaintes invoquées par l'assuré. Quant à l'aggravation mentionnée par le médecin traitant dans son rapport du 10 février 2004, elle ne repose sur aucun élément médical objectif, mais exclusivement sur les plaintes de l'assuré dont on a vu qu'elles ne pouvaient être corrélées à une atteinte objective. L'avis du médecin traitant n'est dès lors guère probant et ne saurait remettre cause les conclusions étayées des spécialistes du SMR. S'agissant enfin des anomalies mises en évidence par l'échocardiographie du Dr Y. _____ (cf. rapport du 29 octobre 2009), elles

- 23 - sont, selon l'avis médical du SMR du 20 mai 2010, attendues chez un sujet hypertendu et fréquentes dans la population active. Elles sont ainsi parfaitement compatibles avec une activité à plein temps, semi-sédentaire à sédentaire, sans charge supérieure à 10 kg, telle que définie lors de l'examen bidisciplinaire du 9 décembre 2004. Sur ce point non plus l'avis du SMR n'est pas contredit par les pièces médicales au dossier. Dès lors, on retiendra que l'assuré présente sur le plan somatique une capacité de travail exigible entière dans une activité adaptée telle que décrite par les médecins du SMR dans leur rapport du 14 décembre 2004. c) Sur le plan psychiatrique, on rappelle que les spécialistes du Centre pluridisciplinaire de la douleur avaient posé le diagnostic de personnalité à traits paranoïaques (cf. rapport du 9 mars 1995), mais qu'ils ne s'étaient pas prononcés sur le caractère invalidant de cette atteinte. La psychiatre du SMR a pour sa part retenu un trouble factice et des troubles de la personnalité avec traits hypochondriaques et histrioniques (cf. rapport d'examen bidisciplinaire du 14 décembre 2004). Elle a toutefois précisé que ces troubles étaient présents depuis toujours et n'avaient pas empêché l'assuré de devenir chef d'entreprise. Lors de l'examen clinique du 9 décembre 2004, cette spécialiste a constaté un débordement des symptômes, ainsi que la présence de préoccupations hypochondriaques prenant toute la place dans la vie psychique de l'assuré. Elle a expliqué que la fragilité de son monde intérieur conduisait l'intéressé à s'exprimer au moyen de son corps, et qu'il ne disposait d'aucune capacité d'introspection lui permettant d'évaluer l'impact de ses propos envers son interlocuteur. Toutefois, ce mode de fonctionnement était constitutionnel, donc présent depuis toujours, et n'avait cependant pas empêché l'assuré de devenir chef d'entreprise et de diriger une douzaine d'employés. Il n'avait donc pas de répercussion sur la capacité de travail. Elle précisait n'avoir pas retrouvé lors de l'examen clinique du 9 décembre 2004 des troubles de la personnalité de type mythomanie ni de perte avec la réalité de type psychose. Quant au mode

- 24 - de présentation des douleurs par l'assuré, il ne permettait pas de les associer à une pathologie psychiatrique pouvant porter atteinte à la capacité de travail. L'appréciation médicale de la psychiatre du SMR est claire et bien motivée. Elle se fonde sur un examen clinique et prend en compte le dossier médical, ainsi que les plaintes de l'assuré. On constate par ailleurs que les conclusions de cette spécialiste en psychiatrie ne sont pas contredites par les différents rapports médicaux subséquents produits par le recourant. Ceux-ci ne contiennent en effet pas d'avis médical émanant d'un psychiatre, étant précisé que l'assuré a renoncé à produire une contre-expertise psychiatrique, tel qu'annoncée lors de son opposition à la décision querellée. Quant à l'avis médical de la Dresse P. _____ du 26 mars 2004, qui retenait un état anxio-dépressif chronique chez une personnalité à traits paranoïaques, cette praticienne expliquait que la problématique résidait dans une décompensation psychologique probablement induite par le décès du médecin traitant, cette problématique n'ayant par la suite pas été retrouvée lors de l'examen clinique du SMR du 9

décembre 2004. S'agissant enfin de l'avis du médecin traitant (cf. rapport du Dr L. _____ du 10 février 2004), ce généraliste se contentait de renvoyer aux diagnostics posés 7 ans plus tôt par les médecins de la Fondation de Nant lors de l'hospitalisation de l'assuré en mars-février 1997. Ces médecins ne s'étaient toutefois pas prononcés sur l'existence d'une atteinte psychiatrique invalidante (cf. rapport de sortie du 18 avril 1997). On retiendra par conséquent sur la base de l'avis médical du SMR du 14 décembre 2004, pleinement probant, que le recourant souffre sur le plan psychiatrique d'un trouble factice et de troubles de la personnalité avec traits hypochondriaques et histrioniques qui n'ont toutefois aucune répercussion sur sa capacité de travail. Le trouble de la personnalité à traits paranoïaques diagnostiqué 10 ans plus tôt par les psychiatres du Centre pluridisciplinaire de la douleur ■ qui ne s'étaient au demeurant pas prononcés sur les conséquences d'un tel trouble sur la capacité de travail de l'assuré ■ n'a pas été retrouvé lors l'examen clinique

- 25 - du SMR du 9 décembre 2004. Il y a donc lieu de retenir une amélioration de l'état de santé du recourant.

E. 4

a) Il reste à examiner la problématique de la fibromyalgie. A cet égard, les médecins du SMR ont écarté ce diagnostic, expliquant qu'ils ne pouvaient se rallier à l'avis des médecins traitants au motif qu'il existait de nombreux signes de non-organicité et d'exagération mis en évidence lors de leur examen clinique. Il y a donc une divergence d'appréciation entre l'avis des spécialistes du SMR et celui des médecins traitants, qui n'est toutefois pas déterminante, comme on le verra, sur l'issue du litige. b) En effet, selon la jurisprudence bien établie du Tribunal fédéral, il existe dans les cas de troubles somatoformes douloureux une présomption – étendue au diagnostic de fibromyalgie – selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, que l'on admettra le caractère invalidant de la fibromyalgie. Dans un tel cas, 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 desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus malade 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

- 26 - 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). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les

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 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées). c) En l'occurrence, le recourant ne souffre pas, comme on vient de le voir, d'une atteinte à la santé psychiatrique invalidante ayant valeur de comorbidité psychiatrique. Quant aux autres critères de gravité des troubles somatoformes et affections assimilées, tel que définis par la jurisprudence (cf. consid. 4b supra), ils n'apparaissent manifestement pas remplis en l'espèce. En particulier, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'assuré maintient un contact proche et régulier avec les membres de sa famille et s'occupe de la gestion de son patrimoine immobilier. Il est à même de se déplacer et de surveiller les travaux sur ses immeubles, comme cela ressort du procès-verbal de contrôle de chantier du 19 février 2009. Il n'existe pas non plus d'affections corporelles chroniques importantes, les divers médecins qui ont examiné le recourant ont constaté l'absence d'atteinte somatique

- 27 - importante, et on ne peut parler d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée, dès lors que le recourant n'est pas suivi sur le plan psychiatrique. Enfin, les spécialistes du SMR ont relevé les graves discordances entre les douleurs décrites et le status objectif, qui plaident en faveur d'une importante majoration des symptômes de la fibromyalgie. Il faut donc en conclure que l'assuré ne souffre pas d'atteinte à la santé invalidante en raison de la fibromyalgie. d) Le dossier étant complet, il permet à la cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale telle que requise en l'espèce. En effet, selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées).

E. 5

a) En résumé, tant sur les plans somatique que psychique, la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. b) Le degré d'invalidité, qui résulte de la méthode générale de comparaison des revenus et qui tient compte d'un taux d'abattement de 10% sur le revenu statistique d'invalidé (cf. ATF 126 V 80 consid.5b/cc), retenu par l'office AI et non contesté par le recourant, est inférieur à 40%

- 28 - (36,67%). C'est donc à juste titre que le droit à la rente de l'assuré été supprimé. Au demeurant, le recourant était âgé de 55 ans au moment de l'examen bidisciplinaire du SMR et de 60 ans à peine au moment de la décision litigieuse. Quelque soit ainsi le moment auquel on se place, il était encore éloigné de l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral reconnaît généralement que ce facteur devient déterminant et nécessite, le cas échéant, une approche particulière (cf. notamment SVR 2003 IV n° 35 p. 107 [I 462/02]; arrêts 9C_849/2007 du 22 juillet 2008, 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, I 1034/06 du 6 décembre

2007, I 61/05 du 27 juillet 2005, I 819/04 du 27 mai 2005, I 462/02 du 26 mai 2003, I 617/02 du mars 2003, I 461/01 du 4 avril 2002).

E. 6

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis 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 (art. 61 let. g LPGA).

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