

VD_GERICHTE ZD11.004135 vom 11. November 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-11-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.004135

FR: VD_GERICHTE ZD11.004135 du 11 novembre 2011

IT: VD_GERICHTE ZD11.004135 del 11 novembre 2011

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 37/11 - 504/2011 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES

Arrêt du 11 novembre 2011

Présidence de M. JOMINI Juges : M. Bidiville et Mme Férolles, assesseurs Greffier : Mme Matile ***** Cause pendante entre : N. _____, à Crissier, recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 17 LPGA, 57 LPGA 402

- 2 - E n f a i t : A. N. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1963, s'est installé en Suisse en 1990. Il a exercé la profession de poseur de chapes sur les chantiers avant d'être victime d'un accident professionnel le 20 septembre 2000, événement dont les suites ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA). Le 8 août 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci- après: OAI). Par décision du 6 juin 2005, N. _____ s'est vu octroyer une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2001 au 31 mars 2003, une pleine capacité de travail étant reconnue à l'assuré dès janvier 2003 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et la rente supprimée trois mois après l'amélioration de son état de santé (art. 88a al. 1 RAI). Par l'intermédiaire de son conseil de l'époque, Me Christophe Maillard, l'assuré a fait opposition à cette décision. Se fondant notamment sur le rapport médical final du médecin d'arrondissement de la CNA et sur l'expertise psychiatrique effectuée en mars 2004 par le Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), l'OAI a, le 8 août 2006, confirmé la décision attaquée. La décision sur opposition n'a pas fait l'objet d'un recours. B. Toujours assisté de Me Maillard, N. _____ a, par courrier du 19 août 2009, fait part à l'OAI d'une sérieuse dégradation de son état de santé depuis le 8 août 2006, ce qui, selon lui, lui interdit l'exercice de toute activité lucrative. Ce faisant, l'assuré sollicitait la réouverture de son dossier médical et l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A l'appui de son courrier, l'assuré a produit un avis de son médecin traitant, le Dr R. _____, spécialiste ORL et allergologue FMH, qui estime que la péjoration progressive des affections aussi bien somatiques (rhumatologique et digestive) que non somatiques (psychiatrique) ne permettent pas à son patient de développer une quelconque activité

- 3 - lucrative dans le marché du travail actuel. Dans cet avis médical du 15 mai 2009, le Dr R. _____ pose les diagnostics suivants: "a) Affection rhumatologique complexe et invalidante superposable à celle déjà largement discutée dans les différents consiliums spécialisés émanant du CHUV ci-annexés. b) Dyslipidémie c) Paresthésies du membre supérieur gauche d'origine indéterminée cf. rapport neurologique du Docteur C. _____ ci-joint. d) Douleurs thoraciques d'origine non cardiaque consilium du 17.11.2005 et rapport du même cardiologue daté du 8.05.09. e) Foie et pancréas stéatosiques f)

Hyperferritinémie d'origine indéterminée à investiguer selon propositions du spécialiste en gastro-entérologie le Docteur U._____, qui a examiné le patient le 25.04.09. g) Péjoration rhumatologique récente selon rapport spécialisé établi par le Docteur P._____ qui a examiné le patient le 16 avril 2009 et le 28 avril 2009. h) Affection psychiatrique complexe et invalidante, cf. lettre du Docteur T._____, médecin psychiatre qui suit également le patient, lettre en votre possession datée du 7.09.06 et consultation du 8.04.2009 et 6.05.2009." L'OAI a sollicité l'avis du SMR. Dans un rapport du 14 septembre 2009, le Dr W._____ estime que l'appréciation alléguée par le Dr T._____, dont le rapport est succinct, est plausible mais pas certaine, un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive réactionnelle ayant déjà été évoquée dans le cadre de l'expertise réalisée en 2004 par le Dr F._____. Il propose que l'assuré soit revu en expertise par ce spécialiste, qui sera en mesure de se prononcer sur l'évolution. Le 8 janvier 2010, le Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé son rapport d'expertise à l'OAI. Il a conclu qu'il n'existait pas, chez l'assuré, d'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique, sa capacité résiduelle de travail étant de 100 %. Dans le cadre de la discussion, ce praticien s'exprime en ces termes: "A l'examen clinique on peut évoquer tout au plus un léger fond dysthymique, avec un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale. M. N._____ frappe surtout par l'existence d'une personnalité du registre passif dépendant avec une intelligence aux limites inférieures à la norme.

- 4 - La Gamma-GT élevée, dans le contexte d'une fréquentation régulière des bistros pourrait suggérer une surconsommation d'alcool. En d'autre terme depuis notre expertise du 22.3.2004, la situation n'a guère évolué et on ne peut pas parler d'une aggravation. Si tant est qu'il a présenté une réaction dépressive après le prononcé de l'assurance-invalidité, ici dans le sens d'un état des troubles de l'adaptation, celle-ci a évolué favorablement." Le 17 mars 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, par lequel il entendait rejeter la demande de révision présentée, estimant qu'il n'y avait pas aggravation de son état de santé et confirmant ainsi l'évaluation du préjudice économique établi en août 2006. Le 21 avril 2010, par l'intermédiaire de son conseil, N._____ a formulé diverses objections, se plaignant notamment du fait que seul l'aspect psychiatrique avait été médicalement réévalué dans ce dossier. Cela étant, il a demandé à l'autorité que soit interpellé le Dr P._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, afin qu'il se détermine sur l'état de santé physique actuel de l'assuré et sur ses conséquences sur sa capacité de travail. Le 17 juin 2010, le SMR s'est déterminé sur l'écriture de Me Maillard. Il ne s'est pas opposé au fait qu'un avis soit demandé au Dr P._____, tout en doutant, au vu des pièces figurant déjà au dossier, que ce dernier soit en mesure de fournir des renseignements utiles sur la base de ses notes de consultations. Le 15 novembre 2010, le Dr P._____ a adressé à l'OAI un bref rapport manuscrit, dans lequel il faisait état d'une suspicion de trouble somatoforme douloureux et soulignait l'échec de tout traitement dans le cas particulier. Ce praticien estime que, depuis son accident de 2001 et son opération du dos, l'assuré est en incapacité totale de travail dans n'importe quelle activité professionnelle. Le 24 novembre 2010, le SMR s'est déterminé en ces termes sur le rapport du Dr P._____ :

- 5 - " - Le trouble somatoforme douloureux est un diagnostic psychiatrique. A cet égard, je rappelle que nos conclusions sont fondées sur une expertise du Dr F._____ de janvier 2010 reconnaissant une dysthymie et un trouble somatoforme douloureux sans incidence sur la capacité de travail. - L'accident de travail de 2001 aussi bien que le status après

hémi-laminectomie L4-L5 gauche ont été pris en compte dans notre appréciation. Ceci se manifeste dans la reconnaissance d'une incapacité de travail totale dans l'activité précédente (chapeur). Au total, il n'y a pas de raison de modifier notre position." Le 8 décembre 2010, l'OAI a adressé à l'assuré sa décision formelle tendant au rejet de sa demande de rente, la motivation y relative étant la même que celle développée dans le projet de décision du 17 mars 2010. On relèvera à cet égard que, si cette décision porte la date du 26 avril 2010, c'est sans conteste à la suite d'une erreur de plume, la date d'indexation figurant au dossier de l'OAI étant bien celle du 8 décembre 2010, comme d'ailleurs celle de la lettre d'accompagnement, ou motivation, adressée le même jour à l'avocat du recourant. D. Par acte déposé par son nouveau conseil, Me Laurent Damond, N._____ a recouru contre la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à son annulation, la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Se référant à la décision attaquée, l'OAI a conclu au rejet du recours. La réponse de l'OAI a été communiquée à l'avocat du recourant, qui n'a pas demandé à pouvoir répliquer. E n d r o i t : 1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent

- 6 - à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve des exigences minimales fixées par la LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) par N._____ contre la décision rendue le 8 décembre 2010 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud. 2. a) En l'espèce, après avoir bénéficié d'une rente limitée dans le temps, le recourant s'est déjà vu opposer un refus de rente par l'autorité intimée, en 2006. La décision attaquée a donc été prise sur la base d'une nouvelle demande et le litige porte uniquement sur le point de savoir si le refus de prestations de l'assurance-invalidité (rente), basé notamment sur les avis médicaux du SMR et d'un expert – qui ne constatent pas une aggravation de l'état de santé de l'assuré – est justifié. b) Les principes régissant l'entrée en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 4 RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité, RS 831.201]) déposée consécutivement à un refus de rente ou

- 7 - d'allocation pour impotent ou encore, par analogie, de mesures de réadaptation (cf. ATF 109 V 119 consid. 3a), sont les suivants: l'administration doit commencer par déterminer si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009,

consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 114 V 114 consid. 2b; TF I 597/2005 du 8 janvier 2007, consid. 2; TFA I 490/2003 du 25 mars 2004, consid. 3.2). Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 al. 4 en lien avec l'al. 3 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; TF I 25/2007 du 2 avril 2007, consid. 3.1). c) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. 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 d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, 130 V 349 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2

- 8 - in fine; RCC 1987 p. 36; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006, consid. 2.2). 3. a) Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail, 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. A teneur de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, l'invalidité pouvant résulter soit d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). b) 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 récemment 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.

- 9 - 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. Cependant, selon le Tribunal fédéral, 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2, 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). 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). 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 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2). 4. Il y a lieu d'examiner si en l'espèce, un changement important des circonstances est intervenu entre la décision sur opposition du 8 août 2006 – qui confirme la fin des prestations AI dès le 31 mars 2003 - et la décision attaquée du 8 décembre 2010. Il ressort du dossier remis qu'après avoir été saisi d'une nouvelle demande de prestations AI par le conseil de l'assuré, l'OAI est entré en matière sur le fond selon l'art. 87 al. 4 RAI. Appliquant l'art. 17 LPGA par analogie, l'intimé a instruit le cas sur le plan médical afin

- 10 - d'examiner si une aggravation notable de l'état de santé du recourant – telle qu'avancée par ce dernier – était effectivement survenue postérieurement à sa décision de mettre fin à ses prestations. a) C'est ainsi que le SMR, par le Dr W. _____, a, dans un avis médical du 14 septembre 2009, repris l'ensemble des documents produits par l'assuré à l'appui de sa demande de réexamen et, au vu de ceux-ci, estimé que l'aggravation alléguée par le Dr T. _____, psychiatre, était plausible, ce qui a conduit le SMR à demandé une expertise indépendante (au sens de l'art. 44 LPGA) par le Dr F. _____, de manière à ce que ce dernier se prononce sur l'évolution de l'état de santé de l'intéressé sur le plan psychiatrique. Le Dr F. _____ a rendu son rapport le 8 janvier 2010, après un entretien avec le recourant le 10 novembre 2009, un examen clinique complet et l'étude de l'ensemble des pièces qui lui avaient été remises. Le Dr F. _____ a relevé un léger fond dysthymique, avec un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, sans toutefois que l'on puisse parler aggravation de la situation de l'assuré. Pour apprécier ce point, l'expert pouvait en effet se référer aux observations qu'il avait lui-même faites quelques années auparavant. Dans son rapport du 22 mars 2004, rédigé dans le cadre de l'examen de la première demande de prestations AI déposée par l'assuré, ce médecin avait en effet déjà évoqué un trouble somatoforme indifférencié chez l'assuré, soit quelques légers symptômes dépressifs et anxieux, avec tendance aux somatisations, mais insuffisants pour rentrer dans le cadre d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble anxieux spécifique. Relevant que, dans ce dossier, l'aspect

psychiatrique était central, le SMR a estimé qu'il n'avait aucune raison de s'écarter des conclusions émises à la suite de la nouvelle expertise du Dr F. _____ et, sur cette base, l'OAI a présenté un projet de décision à l'assuré. b) Face aux objections formulées par ce dernier – qui reproche avant tout à l'autorité de n'avoir réévalué la situation que d'un point de vue psychiatrique – un avis médical a encore été sollicité auprès du Dr P. _____, rhumatologue FMH, qui évoque une suspicion de trouble

- 11 - somatoforme douloureux, souligne l'échec de tout traitement et estime que l'incapacité de travail de l'assuré est définitive. Cette manière de voir n'a pas amené le SMR à modifier sa position, dès lors qu'il a estimé que ce rapport, comme celui des autres médecins traitants, ne contenait pas d'éléments substantiels et qu'il en ressortait, à nouveau, que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement psychiatriques. c) L'examen de l'ensemble des pièces du dossier démontre que l'OAI a procédé à un travail complet et détaillé, ne manquant pas d'explorer toutes les pistes et de s'interroger sur l'évolution réelle de l'état de santé du recourant, que ce soit sur le plan psychiatrique ou somatique. L'intéressé ne remet d'ailleurs nullement en cause l'avis émis par le Dr F. _____, se bornant à mettre en avant les avis de ses médecins traitants, qui doivent de toute manière être appréciés avec une certaine prudence (cf. supra, consid. 3b). Ceux-ci ne contiennent au demeurant pas d'éléments déterminants pour apprécier la situation du recourant et on peut admettre que, si la situation du recourant s'était effectivement dégradée sur le plan somatique, les médecins consultés auraient été en mesure de fournir des rapports plus explicites. Leurs avis ont au demeurant été appréciés de manière concluante par le SMR. Le dossier contient enfin de nombreux avis médicaux au sujet des problèmes dorsaux que connaît l'accusé – y compris ceux établis dans le cadre de l'instruction menée par la CNA – et la situation est ainsi suffisamment claire, sans que l'on puisse retenir l'existence d'une quelconque cause d'aggravation dans le cas particulier. 5. En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. 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 (art. 69 al. 1bis LAI). Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent en l'espèce être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis, art. 49 LPA-VD). Vu

- 12 - l'issue du litige, le recourant ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 8 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émolument de justice de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Laurent Damond, avocat (pour N. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- 13 - - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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