

VD_GERICHTE ZD11.019201 vom 3. Juni 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-06-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.019201

FR: VD_GERICHTE ZD11.019201 du 3 juin 2013

IT: VD_GERICHTE ZD11.019201 del 3 giugno 2013

Erwägungen

E. 7

a) En l'espèce, par décision du 11 août 2008, l'assuré a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er juin 2007 sur la base d'un taux d'invalidité de 50%. Cette décision reposait sur les différents rapports médicaux au dossier, synthétisés par le Dr M. _____ du SMR dans ses avis des 30 janvier et 18 juillet 2008. Ce dernier retenait les diagnostics de spondylolisthesis L5-S1 de degré I-II avec lombosciatalgies chroniques depuis 1999, de dyspnée chronique d'origine indéterminée, d'insuffisance rénale chronique stade II, d'insuffisance cortico-surrénalienne cortico-induite, d'anémie normochrome normocytaire modérée, de stéatose hépatique, de syndrome métabolique, de cardiopathie hypertensive et de troubles dysthymiques réactionnels (cf. avis médical SMR du 30 janvier 2008). S'agissant des limitations fonctionnelles, ce médecin faisait état d'asthénie et de fatigabilité (cf. *ibid.*), tout en précisant que les restrictions comprenaient également l'épargne rachidienne, l'absence de port de charge et d'activités en porte-

- 38 - à-faux du rachis lombaire, et la possibilité d'alterner les positions assise et debout (cf. avis médical SMR du 18 juillet 2008). Sur la base de ces éléments, le Dr M. _____ concluait à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de l'assuré, considérée comme adaptée (cf. avis précités des 30 janvier et 18 juillet 2008). b) A la suite de la demande d'augmentation de rente déposée le 2 décembre 2008 par l'assuré, l'OAI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire à laquelle l'intéressé a refusé de se soumettre. De ce fait, aux termes de la décision querellée du 19 avril 2011, l'office a considéré qu'en l'état du dossier il ne pouvait que maintenir le droit de l'assuré à une demi-rente AI. Cela étant, il incombe à la Cour de céans de déterminer si l'intimé était fondé, sur la base de l'état de fait existant, à rendre une décision refusant d'augmenter la demi-rente du recourant à défaut d'avoir pu mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, au sens de l'art. 43 al. 3 LPG.

E. 8

a) Il convient tout d'abord d'examiner si les rapports médicaux figurant au dossier de l'OAI permettent ou non de conclure à un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité du recourant depuis la décision du 11 août 2008. aa) Le dossier contient divers comptes-rendus émanant des médecins traitants du recourant. Dans une attestation du 29 août 2008, le Dr C. _____ a exposé que l'assuré avait été pris en charge dès le mois d'août 2006 afin d'exclure une pathologie vasculaire des membres inférieurs à l'origine des douleurs chroniques au dos et aux jambes, qu'un traitement à base de Neurontin avait été introduit dès janvier 2007 en pensant à des troubles d'origine neuropathique, et que le Neurontin avait ultérieurement été remplacée par du Lyrica. Cette attestation a principalement trait aux différentes pistes thérapeutiques envisagées entre 2006 et 2007, à une

- 39 - époque antérieure à la décision d'octroi de rente du 11 août 2008, mais n'est en revanche pas pertinente pour évaluer l'évolution de l'état de santé de l'assuré après cette dernière décision. En particulier, les douleurs chroniques évoquées par le Dr C. _____ avaient déjà été signalées lors de la précédente procédure AI. A cette occasion, les différents médecins interpellés avaient fait état respectivement d'un syndrome douloureux chronique lié à un spondylolisthésis L5-S1 (cf. rapports du Dr V. _____ des 2 octobre et 26 novembre 2007), de lombosciatalgies chroniques sur spondylolisthésis L5-S1 (cf. rapport des Drs R. _____ et EE. _____ du 22 novembre 2007), et d'une radiculopathie bilatérale chronique sur spondylolisthésis L5-S1 (cf. rapport des Drs D. _____ et FF. _____ du 17 avril 2008); par ailleurs et surtout, le Dr M. _____ avait tenu compte de cette symptomatologie ainsi que des limitations fonctionnelles y relatives dans ses avis des 30 janvier et 18 juillet 2008 (cf. consid. 7a supra). De surcroît, si la médication à base de Neurontin prescrite en janvier 2007 a certes été substituée par du Lyrica à une date qui demeure indéterminée en l'état du dossier, il reste que la simple adaptation d'un traitement médicamenteux ne saurait être décisive pour conclure à un changement significatif sur le plan médical. Dans ces conditions, il s'avère que l'attestation du Dr C. _____ ne contient aucun élément justifiant la révision du droit à la rente du recourant. Pour sa part, le Dr T. _____ a exposé, dans un certificat du 4 septembre 2008, que l'assuré présentait depuis le début de l'année 2007 des douleurs, des paresthésies et des sensations d'engourdissement au niveau plantaire, bilatéralement, que l'introduction d'une médication de Neurontin puis de Lyrica n'avait permis qu'un soulagement partiel, et que cette sémiologie récente – en partie indépendante des sciatalgies L5 bilatérales connues – était invalidante sur le plan professionnel. Ce certificat ne contient aucune motivation concrète et objective dans le sens d'une modification importante des circonstances depuis la décision du 11 août 2008. Au contraire, le Dr T. _____ se réfère à une sémiologie qui aurait débuté au début de l'année 2007 et qui ne saurait par conséquent marquer une quelconque évolution notable depuis la décision d'octroi de rente du 11 août 2008. Le certificat du 4 septembre 2008 mérite en outre

- 40 - d'être appréhendé avec circonspection, dès lors que, dans un rapport du 24 octobre 2007 rédigé lors de la précédente procédure AI, le Dr T. _____ n'a pas signalé de problèmes plantaires survenus au début de l'année 2007, mais a uniquement mentionné une situation stabilisée du point de vue neurologique et décompensée sur les plans pulmonaire, cardiaque et endocrinien. Pour l'ensemble de ces motifs, ce certificat ne peut être tenu pour déterminant. Aux termes d'un rapport du 27 novembre 2008 (cosigné par le Dr GG. _____), le Dr L. _____ a signalé que l'assuré avait été hospitalisé du 7 au 14 novembre 2008 dans le contexte d'un épuisement complet devant une intolérance douloureuse sur pseudo-sciatalgies chroniques avec un spondylolisthésis L5-S1 et des radiculopathies bilatérales L5 connues. Pour le reste, ce médecin a rappelé les différentes pathologies présentées par le recourant, évoqué de possibles douleurs des suites d'une corticothérapie de longue durée avec myalgies et arthralgies réactives, et indiqué que l'ensemble du tableau justifiait la reconnaissance d'une incapacité de travail d'au moins 50%, sinon de 75%, étant précisé que l'intéressé travaillait alors entre 50 et 80%. Attendu que le Dr L. _____ a estimé que le taux d'incapacité de travail était de 50% au maximum et qu'il ne s'est référé à un taux de 75% que de manière hypothétique, on ne voit pas en quoi son compte-rendu serait révélateur d'une modification importante des circonstances susceptible d'avoir influencé la capacité de travail et de gain de l'assuré depuis la décision du

E. 11

août 2008, elle-même fondée sur une capacité résiduelle de travail de 50%. Le 25 mars 2009, le Dr L. _____ a précisé que l'aggravation principale par rapport à 2007 résidait dans les conséquences de la corticothérapie au long cours. Toutefois, selon l'avis SMR du 30 janvier 2008 du Dr M. _____, la péjoration de l'état de santé en 2007 – à l'origine de la décision d'octroi de rente du 11 août 2008 – était déjà liée aux complications du traitement du syndrome douloureux lombaire de l'assuré (cf. let. F supra). Les indications figurant dans le compte-rendu du 25 mars 2009 n'expliquent pas en quoi l'impact négatif de la médication serait à

- 41 - l'heure actuelle concrètement plus important qu'en 2007. Certes, dans son rapport susdit, le Dr L. _____ a exposé que si la corticothérapie permettait effectivement à l'assuré de poursuivre son activité par la maîtrise de ses douleurs, elle entraînait cependant un état de fatigue général dans le contexte d'une insuffisance cortico-surrénalienne induite. Néanmoins, dans son avis SMR du 30 janvier 2008, le Dr M. _____ avait déjà tenu compte du diagnostic d'insuffisance cortico-surrénalienne cortico-induite, ainsi que des limitations fonctionnelles liées à la fatigabilité de l'assuré (cf. consid. 7a supra). Cela étant, il appert qu'aux termes de son rapport du 25 mars 2009, le Dr L. _____ n'a pas avancé d'éléments suffisamment précis et concrets susceptibles d'expliquer en quoi le traitement médicamenteux de l'assuré aurait pu entraîner une modification de la situation depuis la décision d'octroi de rente du 11 août 2008 – étant souligné que dans ledit compte-rendu, le Dr L. _____ ne s'est exprimé que de manière laconique sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré, observant que celui-ci œuvrait actuellement au-dessus de ses forces et que ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail étaient liées à sa capacité à réagir à la douleur. Il apparaît par ailleurs qu'à teneur d'un rapport du 25 mai 2009, le Dr L. _____ a indiqué que la capacité de travail exigible s'élevait à 50% au maximum, décrivant ainsi une situation superposable à celle prévalant lors du prononcé de la décision du 11 août 2008. S'agissant du Dr F. _____, il s'est déterminé dans un rapport du 20 mai 2009, aux termes duquel il a indiqué que les symptômes douloureux prédominaient, que les douleurs s'exacerbaient clairement durant les périodes professionnelles accrues, que l'assuré présentait un état de grande fatigue associé à un certain degré de dyspnée pour des efforts modérés (à mettre sur le compte de la survenue d'un épisode d'anémie sur spoliation digestive), et qu'à cela s'ajoutait l'excès pondéral, la cardiopathie hypertensive ainsi qu'un certain degré de déconditionnement en raison des douleurs chroniques; ce médecin a en outre fait état d'un tremblement d'origine génétique par moment relativement important, traité par bêta-bloqueur d'Inderal. Pour le reste,

- 42 - ce rapport ne contient aucune évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Ainsi, bien qu'ayant énoncé les différentes atteintes de l'assuré tout en insistant plus particulièrement sur la symptomatologie douloureuse de ce dernier, le Dr F. _____ n'a cependant pas fourni d'éléments suffisamment clairs et précis susceptibles d'étayer une modification notable des circonstances depuis la décision du 11 août 2008. Le dossier contient par ailleurs une attestation médicale du 15 novembre 2010 cosignée par les Drs F. _____, L. _____, A. _____, I. _____, T. _____ et Y. _____, ainsi que par les Prof. N. _____, H. _____ et R. _____, observant que l'assuré dépassait les limites que ses médecins essayaient de lui imposer dans son activité de psychiatre pour ne pas tomber dans la précarité, et qu'afin de supporter notamment son syndrome douloureux durant son travail, il prenait des doses importantes – voire excessives – d'antalgiques ainsi

que de la cortisone, substances qui à leur tour pouvaient être à même d'induire des effets délétères contribuant à dégrader son état de santé. Il était indiqué que le tableau clinique devenait de plus en plus préoccupant, complexe et difficile à gérer médicalement. Sur la base des troubles somatiques et du contexte psychologique, la capacité résiduelle de travail était évaluée à 25% au maximum. Dans cette attestation, les médecins traitants de l'assuré ont formulé leurs observations de manière générale, sans mettre en perspective les différentes atteintes et leur impact respectif sur la capacité de travail, sans expliciter l'influence précise de la médication prescrite et sans se prononcer clairement sur les options thérapeutiques. La capacité résiduelle de travail de 25% évoquée par ces praticiens ne repose donc pas sur une appréciation suffisamment approfondie. Quant à l'écrit du Dr F. _____ annexé à l'attestation du 15 novembre 2010, il consiste en une énumération des diagnostics et médicaments prescrits, mais ne contient toutefois aucune discussion médicale objective permettant de tirer des conclusions quant à l'évolution des atteintes incapacitantes de l'assuré depuis la décision du 11 août 2008; si le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil y est mentionné pour la première fois, aucune précision ne permet d'en saisir

- 43 - concrètement la portée. Il s'ensuit que l'attestation du 15 novembre 2010 et son annexe ne permettent pas de prendre clairement position quant à une éventuelle modification notable des circonstances depuis la décision du 11 août 2008. Ces mêmes médecins traitants ont établi une nouvelle attestation en date du 21 mars 2011, aux termes de laquelle ils ont en particulier exposé que l'activité de l'assuré dépassait depuis 2 à 3 ans le seuil d'exigibilité médicalement admissible, cela au détriment de sa santé, que seul l'apport médicamenteux lui permettait de passer outre sa symptomatologie, de poursuivre ses rencontres avec ses patients et de préserver son revenu actuel, et que le diagnostic d'hypermobilité articulaire s'ajoutait encore aux déficiences fonctionnelles et aggravait l'ensemble du tableau. Cela étant, ils ont maintenu que l'intéressé présentait une incapacité de travail de l'ordre de 75%. Cette attestation contient des conclusions s'inscrivant dans la lignée de celle du 15 novembre 2010, et n'explique pas davantage en quoi l'état de santé de l'assuré se serait concrètement et objectivement aggravé depuis 2 à 3 ans au point de rendre inexigible l'exercice de son activité habituelle à un taux de 50%. Comme dans leur attestation du 15 novembre 2010, les médecins traitants se sont à nouveau prononcés en faveur d'une incapacité de travail de 75% sans réelle motivation. Certes, ils ont mentionné que l'hypermobilité articulaire aggravait le tableau. Toutefois, cette atteinte était déjà connue du Dr L. _____ en 2009 (cf. rapport du 25 mars 2009), ce qui, à l'époque, n'avait pourtant pas empêché ce médecin de retenir une capacité de travail exigible de 50% (cf. rapport du 25 mai 2009). Partant, l'attestation du 21 mars 2011 ne s'avère pas suffisamment précise et circonstanciée pour permettre de conclure à une évolution significative de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 11 août 2008. En résumé, si certains des rapports précités s'avèrent dénués de pertinence pour se déterminer quant à un éventuel changement important des circonstances depuis la dernière décision AI entrée en force (cf. rapports des Drs C. _____ et T. _____, respectivement des 29 août

- 44 - 2008 et 4 septembre 2008), force est de constater que les autres avis analysés ci-avant, bien qu'ils semblent faire état d'une aggravation de l'état de santé du recourant, ne contiennent pas d'appréciation médicale suffisamment détaillée et objective de la situation. En particulier, on ne peut en l'état expliquer la divergence opposant les rapports du Dr L. _____ des 27 novembre 2008 et 25 mai 2009, signalant une capacité résiduelle de

travail de 50%, aux attestations des médecins traitants des

E. 15

novembre 2010 et 21 mars 2011, évoquant une incapacité de travail de 75%. Ces incertitudes méritaient par conséquent d'être éclaircies par le biais d'une expertise médicale. bb) Le dossier contient par ailleurs trois avis médicaux rédigés par le médecin-conseil de la Fondation de prévoyance AA._____, le Dr B._____, les 5 novembre 2008, 19 janvier 2009 et 21 octobre 2009. Pour ce médecin les troubles de l'assuré seraient dépourvus de base objective et l'activité de psychiatre entièrement compatible avec son état de santé. L'appréciation du Dr B._____ s'écarte par conséquent sensiblement de celle des autres praticiens interpellés (cf. consid. 8a/aa supra). Cela dit, alors même que le Dr B._____ se fonde sur les différents comptes- rendus rédigés par les médecins traitants du recourant – qui ont par définition personnellement ausculté leur patient –, il en tire des conclusions divergentes sans pour autant mettre en exergue d'éléments décisifs qui auraient échappé à l'attention des autres spécialistes consultés. Plus particulièrement, le Dr B._____ a relevé le 19 janvier 2009 que la radiculopathie bilatérale mentionnée dans le rapport médical du 27 novembre 2007 était nouvelle et n'était pas présente lors de la vérification du degré d'invalidité. Or, cette allégation est manifestement erronée, puisque les Drs D._____ et FF._____ en avaient déjà fait état dans leur constat du 17 avril 2008, sur lequel le Dr M._____ du SMR s'était prononcé le 18 juillet 2008, dans le cadre de la précédente procédure AI. Ces éléments incitent à s'interroger sur la lecture qu'a faite le Dr B._____ des différents rapports au dossier de l'OAI. Sur le vu de l'ensemble de ces considérations, l'opinion minoritaire du Dr B._____ ne peut non plus être retenue.

- 45 - cc) Dès lors que l'appréciation des médecins traitants ne permet pas de prendre clairement position quant à l'évolution de la situation depuis la précédente décision du 11 août 2008 (cf. consid. 8a/aa supra), et attendu que les conclusions du Dr B._____ ne peuvent être suivies (cf. consid. 8a/bb supra), il apparaît en définitive que, sous l'angle médical, le dossier n'est pas suffisamment instruit pour que l'on puisse statuer en toute connaissance de cause. Il s'ensuit que la mise en œuvre d'une expertise médicale, telle que voulue par l'OAI, s'avérait justifiée. Tout au plus y a-t-il lieu d'ajouter que si, sur le plan économique, les informations recueillies par l'OAI au cours de la procédure de révision ont permis de mettre en évidence que l'estimation des heures de travail facturées par le recourant indiquait un taux d'activité effectif se rapprochant de 50% (cf. fiche d'examen du dossier d'un indépendant du 10 décembre 2010), il n'en demeure pas moins que cet élément ne saurait à lui seul remplacer les constatations objectives d'un expert médical neutre quant à la capacité résiduelle de travail de l'assuré, litigieuse dans le cadre de la présente procédure. b) Reste à examiner si les autres conditions posées par l'art. 43 al. 3 LPGA sont réalisées en l'occurrence. aa) C'est ici le lieu de relever que l'assuré a refusé de se soumettre à l'expertise préconisée par l'OAI, en faisant essentiellement valoir qu'il était suivi par d'éminents médecins et qu'il n'était donc pas nécessaire de s'adresser à d'autres spécialistes (cf. écrit du 7 juillet 2010, note d'entretien téléphonique du 10 août 2010, et mémoire de recours du 23 mai 2011 pp. 4 et 6). De leur côté, les médecins traitants du recourant ont appuyé son refus en se prévalant de leurs qualifications ainsi que des postes occupés par certains d'entre eux auprès de la Faculté de médecine et de biologie de l'Université de [...] (cf. attestation du 21 mars 2011). Le recourant ne saurait toutefois se retrancher derrière les qualifications de ses médecins traitants pour s'opposer à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Dans la mesure où les avis médicaux

- 46 - rédigés en commun par ces médecins ne mettaient pas en perspective les différentes atteintes à la santé du recourant, leur influence respective sur la capacité de travail, l'influence précise de la médication ou encore les perspectives thérapeutiques, ces documents ne permettaient pas, quelles que fussent les compétences et la renommée de leurs auteurs, de trancher de manière objective et convaincante la question du droit à la rente (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a). Si la provenance peut constituer un facteur permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul le contenu matériel desdits rapports permet en définitive de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2 et I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Par ailleurs, il convient de tenir compte de la divergence – consacrée par la jurisprudence (cf. ATF 124 I 170 consid. 4) – entre le mandat thérapeutique exercé par le médecin traitant et le rôle de l'expert, qui consiste justement à apporter un regard neutre, non influencé par la relation de confiance qui unit généralement le médecin traitant et son patient (cf. TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). A cet égard, le Tribunal fédéral a précisé que le fait pour un assureur social de confier la réalisation d'une expertise à un expert indépendant, ou à une institution d'expertises ne constituait pas un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3). Par conséquent, c'est de manière inexcusable que l'assuré s'est opposé à l'expertise prévue par l'OAI auprès du COMAI de [...], expertise dont rien n'indique au demeurant qu'elle n'était pas exigible de la part de l'assuré. bb) L'OAI a informé l'assuré par courriers des 9 et 17 juin 2010 de la mise en œuvre d'une expertise médicale. Au cours d'un entretien téléphonique du 5 juillet 2010, l'intimé a signifié à l'intéressé qu'il ne pouvait refuser ladite expertise mais qu'il lui demeurait loisible, une fois connus les noms des experts, d'entamer une procédure de récusation. Face aux réticences du recourant, l'office lui a ensuite écrit le 6 août 2010 pour lui enjoindre de se soumettre à l'expertise en question, l'avertissant qu'en cas de défaut de présentation, il serait statué en l'état du dossier, ce

- 47 - qui aurait pour conséquence le maintien de la demi-rente. Puis, le 17 février 2011, l'office a communiqué à l'assuré un projet de décision tout en attirant son attention sur le fait qu'il s'avérait nécessaire de procéder à une expertise pluridisciplinaire afin de statuer en toute objectivité, que l'intéressé disposait à cet effet d'un délai de 30 jours pour revenir sur son refus de se plier à une telle mesure, et que sans nouvelle de sa part, le droit à la demi-rente serait maintenu sans autre instruction. L'OAI a réitéré cet avertissement aux termes de la décision litigieuse du 19 avril 2011. Il ressort de ce qui précède que, sur le plan procédural, l'attitude de l'intimé échappe à la critique. En particulier, compte tenu de l'avertissement et du délai de réflexion figurant dans le projet de décision du 17 février 2011, force est d'admettre que l'OAI a respecté les exigences formelles découlant de l'art. 43 al. 3 LPGA. c) En définitive, il s'avère que le dossier n'est pas suffisamment instruit pour permettre de statuer en connaissance de cause en l'absence du complément d'instruction prévu par l'OAI sous forme d'expertise médicale (cf. consid. 8a supra). Aussi ne permet-il pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence ou non d'une modification notable des circonstances propre à influencer la capacité de travail et de gain de l'assuré, singulièrement à justifier la révision du droit à la rente de l'intéressé. Le recourant ayant refusé de se soumettre à ladite expertise de manière inexcusable (cf. consid. 8b/aa supra) bien que dûment averti (cf. consid. 8b/bb supra), il s'ensuit que, conformément à la jurisprudence exposée au considérant 6c ci-avant, la Cour de céans ne peut que confirmer, en l'état du dossier, le maintien de la demi-rente d'invalidité allouée au recourant. 9. a) En conclusion, le recours 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 contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

- 48 - 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. (cf. 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 mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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