

VD_GERICHTE ZD13.019538 vom 19. August 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-08-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.019538

FR: VD_GERICHTE ZD13.019538 du 19 août 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.019538 del 19 agosto 2014

Erwägungen

E. 4

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de

- 21 - 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. 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

- 22 -

E. 5

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou

- 23 - comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

E. 6

a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'atteintes à la santé somatiques, du fait desquelles il a été mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 1er août 1999. L'appréciation constante de l'OAI à cet égard se fonde sur les conclusions d'expert, communiquées par le Dr M. _____ les 25 novembre 2002 et 31 mars 2006. Dans le contexte de la révision initiée le 11 juin 2010, l'intimé a considéré que les conclusions susmentionnées demeureraient valables en dépit de leur relative ancienneté. Il n'a notamment pas jugé utile d'interroger plus avant le chirurgien orthopédique en charge de l'assuré, le Dr H. _____, alors qu'il se serait justifié d'insister auprès de ce médecin pour connaître son appréciation de spécialiste quant à la capacité résiduelle de son patient dans une activité adaptée. En dépit du peu de changement des diagnostics retenus auprès du recourant, il eût de même été opportun d'en actualiser les répercussions concrètes, ce précisément en présence d'atteintes à la santé essentiellement dégénératives. L'on peut dès lors considérer que l'aspect médical de ce dossier n'avait pas été élucidé à satisfaction avant l'émission de la décision litigieuse, faute de document récent, exhaustif et détaillé se prononçant sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré sur le plan physique.

- 24 - Ce constat s'impose d'autant plus au vu des pièces produites au stade de la présente procédure, singulièrement du rapport d'examen établi par le Dr D. _____ en date du 13 juin 2013, lequel a rendu plausible une aggravation de l'état de santé somatique global du recourant dès janvier 2011, à tout le moins en termes de limitations fonctionnelles. L'intimé

a d'ailleurs convenu de la plausibilité d'une aggravation antérieure à sa décision, par écriture du 4 mars 2014 après consultation du SMR, dans la mesure où il a proposé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique. b) Quant à la problématique psychique alléguée depuis l'été 2010, elle a fait l'objet de l'expertise réalisée par le Dr S. _____ le 30 novembre 2011. Le rapport corrélatif du 2 décembre 2011 ne remplit toutefois à l'évidence pas les réquisitis jurisprudentiels rappelés supra (cf. considérant 5) pour se voir accorder quelconque valeur probante, pas plus d'ailleurs que les lignes directrices édictées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP, Lignes directrices de qualité des expertises dans le domaine de l'Assurance-invalidité, Berne, février 2012). Le rapport d'expertise en cause doit en effet être qualifié de succinct et lacunaire, à l'instar de ce qu'argue le recourant. Ce document peine d'emblée à convaincre dès lors qu'il apparaît comme une énumération laconique des listes de critères diagnostiques, en l'absence de toute confrontation aux pièces médicales constituant le dossier du recourant et d'observations cliniques détaillées. Il contient en outre çà et là des éléments d'anamnèse peu pertinents, consignés sous rubrique « Appréciation du cas » (comme par exemple la mention de la perception de l'aide sociale depuis 2008) sans que l'on n'y voie quelconque pertinence avec le sujet discuté.

- 25 - Précisément sous cette même rubrique, une appréciation médicale étayée fait manifestement défaut, l'expert s'étant limité à reprendre – sans véritable analyse – les constats cliniques précédemment énumérés. Par ailleurs, le Dr S. _____ s'est borné à consigner les déclarations de l'assuré sans se référer aux pièces du dossier asséculo-logique, notamment sans mentionner les différents rapports de ses médecins traitants, singulièrement de son psychiatre, le Dr P. _____. L'expert ne s'est aucunement prononcé sur les diagnostics et symptômes mis en exergue à répétition reprises par ce spécialiste, sans discuter davantage la résistance au traitement avancée par ce dernier. Le Dr S. _____ s'est ainsi contenté, à l'issue d'une seule entrevue avec l'assuré, de conclure à une amélioration de son état psychique sur la base de quelques éléments anamnestiques (tels qu'un voyage en Turquie pour prendre soin de ses parents souffrants et des promenades dans le jardin) au mépris des observations du psychiatre traitant allant dans le sens opposé d'une aggravation globale de l'état dépressif. Bien plus, l'expert ne relève même pas cette contradiction, faisant purement et simplement fi des explications de son confrère, le Dr P. _____, lequel avait pourtant assumé le suivi du recourant durant plus d'une année à la date de l'expertise. Vu ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux griefs formés par le recourant à l'égard de l'expertise du Dr S. _____ et de considérer que la problématique psychique diagnostiquée dans son cas n'a pas été instruite à satisfaction.

E. 7

Compte tenu des carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, il ne saurait être question en l'état de statuer sur la réalisation effective d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 22 avril 2008, pas plus que sur sa capacité de travail

- 26 - et son degré d'invalidité, un complément d'instruction devant incontestablement être mené à bien au préalable. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause

soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGa). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît

- 27 - disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). c) En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombait à l'OAI – entré en matière sur la demande de révision du 11 juin 2010 – de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation de recourant. Singulièrement, il lui appartenait d'actualiser les éléments somatiques versés au dossier et de compléter le volet psychiatrique, cas échéant, en sollicitant une nouvelle fois l'expert à cette fin ou en confiant un mandat subséquent à un second spécialiste. Le renvoi à l'intimé se justifie dès lors conformément à la jurisprudence fédérale mentionnée ci-avant. L'OAI se devra en conséquence d'organiser une expertise pluridisciplinaire de l'assuré, laquelle comprendra des investigations tenant compte de l'ensemble des diagnostics posés sur le plan physique, en sus d'un examen psychiatrique approfondi.

E. 8

Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

- 28 - a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. b) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs

droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 7 al. 3 TFJAS (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs. In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé. c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter du

- 29 - 6 mai 2013 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 8 juillet 2014, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte du recourant. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à douze heures et trente-quatre minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 150 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 2'603 fr. 65 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'OAI, de sorte que le solde à hauteur de 1'103 fr. 65 est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable par renvoi). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 1'103 fr. 65 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ), la subrogation étant réservée.

- 30 -

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