

VD_GERICHTE ZD16.018042 vom 3. Januar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-01-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.018042

FR: VD_GERICHTE ZD16.018042 du 3 janvier 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.018042 del 3 gennaio 2017

Erwägungen

E. 5

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, dont fait notamment partie la fibromyalgie. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place

- 24 - de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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 psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Le catalogue d'indicateurs doit être appliqué en fonction des circonstances du cas

- 25 - particulier et répondre aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel,

d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.3, 4.4 et référence citée). Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.).

E. 6

mars 2008 au SMR. Dans leur rapport du 31 mars 2008, les Drs O. _____ et C. _____ avaient en substance retenu que l'assuré souffrait de gonalgies gauches, assorties d'une ébauche de gonarthrose bilatérale et fémoro-patellaire gauche, ainsi que de lombalgies gauches chroniques non déficitaires, ces pathologies portant atteinte à la capacité de travail. Par contre, aucune atteinte invalidante n'avait été constatée sur le plan psychiatrique, la seule atteinte de cet ordre mentionnée par les médecins étant une dysthymie, restant sans effet sur la capacité de travail. Les médecins avaient spécifiquement exclu le diagnostic d'état de stress-post traumatique posé par le Dr F. _____, d'une part compte tenu de l'éloignement dans le temps de l'événement traumatique (soit la guerre en [...], subie par l'assuré de 1992 à 1997), et, d'autre part, en raison de l'absence de nombres des symptômes inhérents à une telle pathologie. Les Drs O. _____ et C. _____ ont arrêté des limitations fonctionnelles au seul plan physique, liées aux gonalgies et lombalgies. Ainsi, dans toute activité ne mettant pas outre mesure ces parties du corps à contribution, l'assuré conservait selon eux une pleine capacité de travail. Dans un avis du 5 décembre 2008, les Drs W. _____ et T. _____ du SMR ont confirmé les conclusions de leurs confrères, en réfutant les diagnostics de probable état de stress post traumatique, d'état dépressif sévère et d'attaque de panique allégués par la Dresse Q. _____ et la psychologue B. _____ dans leur rapport du 18 juillet 2008. bb) Procédant à l'évaluation de l'état de santé prévalant au moment de la nouvelle demande, l'OAI s'est fondée sur les conclusions de l'examen clinique bidisciplinaire pratiqué le 9 novembre 2015 par les Drs M. _____ et I. _____, rhumatologue et psychiatre auprès du SMR. Aux termes de leur rapport du 15 novembre 2015, ces médecins ont reconnu un effet incapacitant à deux seules pathologies d'ordre somatique (rachialgies et syndrome rotulien bilatéral). Ils ont également notamment posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de dysthymie, de trouble dépressif récurrent en complète rémission et de fibromyalgie, qu'ils ont cependant estimés

- 27 - sans incidence sur la capacité de travail. Ainsi, s'agissant des limitations fonctionnelles, à l'instar de leurs confrères en 2008, les Drs M. _____ et I. _____ n'ont retenu que les restrictions usuelles liées aux troubles du rachis et des genoux, à l'exclusion de toute contre-indication au plan psychiatrique. Dans une activité adaptée à ces limitations, ils ont estimé que l'assuré disposait d'une capacité de travail entière, alors que les activités de magasinier, de serrurier et de plongeur n'étaient plus exigibles. Le recourant remet en cause le caractère probant du rapport du 15 septembre 2015 des Drs M. _____ et I. _____, estimant que les conclusions de son psychiatre traitant sont plus convaincantes, et demande le renvoi de son dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. Il convient dès lors d'examiner ledit rapport du SMR à la lumière des réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux (cf. consid.

3c supra).

E. 7

Il sied de rappeler à cet égard que la tâche des médecins consiste à évaluer l'état de santé de la personne examinée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est capable de travailler. Afin que son avis puisse se voir reconnaître pleine valeur probante, le médecin se doit notamment de motiver clairement ses conclusions. Or, en l'espèce, cette exigence n'est pas satisfaite. a) En effet, s'agissant tout d'abord des troubles de l'humeur, la Dresse I. _____ a constaté une dépression chronique de l'humeur, mais elle en a estimé la gravité insuffisante pour justifier, au moment de son examen, un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen, l'examen n'ayant pas montré de dépression majeure. A l'instar de ses confrères en 2008, elle a ainsi retenu une dysthymie. Elle a cependant admis que le Dr S. _____, qui avait repris personnellement le suivi de l'assuré depuis le 8 janvier 2015, avait objectivé un trouble dépressif récurrent, mais que celui-ci avait bénéficié depuis lors d'une rémission complète. Force est toutefois de constater que la Dresse I. _____ ne motive pas à satisfaction son appréciation, qui reste insuffisamment

- 28 - circonstanciée. Elle n'explicite notamment pas sur quels éléments elle s'est basée pour retenir que la situation et les symptômes observés par le Dr S. _____, dont elle reconnaît le caractère objectif, n'auraient plus cours, ni depuis quand. Ceci méritait d'autant plus d'être développé que le Dr S. _____ s'est prononcé au travers de rapports des 19 janvier et 22 juin 2015, soit peu de temps avant l'examen du SMR du 9 novembre 2015, et qu'à teneur du chiffre F33.4 de la CIM 10, un trouble dépressif récurrent en rémission nécessite une absence de symptôme dépressif depuis plusieurs mois. Ainsi, à titre exemplatif, dans ses rapports précités, le Dr S. _____ observe une diminution de l'intérêt et du plaisir, en précisant que son patient ne s'intéresse à rien, qu'il n'a pratiquement plus de lien avec personne, qu'il n'a plus de relations sexuelles et aucun intérêt pour elles, qu'il ne dort plus dans la même chambre que sa femme et ne parvient plus à rester dans la même pièce qu'elle plus de quelques minutes, qu'il ne ressent plus aucun intérêt pour ce que font ses enfants et n'a plus de plaisir à être ni avec eux ni avec ses petits-enfants, qu'il ne regarde plus d'émission de télévision, zappant au mieux incessamment d'une chaîne à l'autre, qu'il ne fait plus de promenades avec ses amis, et que s'il sort parfois seul, il le fait sans aucun but, souvent pour fuir le bruit régnant chez lui, à raison d'une dizaine de fois par jours pour quelques minutes seulement, sans en retirer aucun plaisir. Or, dans le rapport du 15 novembre 2015, la Dresse I. _____ se limite à affirmer que son examen n'a pas montré de dépression majeure et que l'assuré ne présentait pas d'anhédonie, sans précision, notamment sur ce qu'il était advenu des comportements observés par le Dr S. _____ quelques mois auparavant. Sa description de la vie quotidienne de l'assuré reste au demeurant peu circonstanciée. L'avis du SMR du 10 février 2016, signé notamment par la Dresse I. _____, ne comble pas ce défaut de motivation. Dans son rapport du 6 janvier 2016, le Dr S. _____ s'était employé à examiner systématiquement les conditions inhérentes au trouble dépressif récurrent au sens de la CIM 10, en illustrant chacune d'elles, et en concluant que son patient présentait un tel trouble, au degré sévère (3 critères principaux : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir,

- 29 - fatigabilité, plus 6 à 7 symptômes dépressifs : diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de culpabilité et de dévalorisation, pessimisme et morosité face à l'avenir, diminution de l'appétit, perturbation du sommeil, idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires, diminution de la concentration et de l'attention). Invités à se déterminer sur ce

rapport, les médecins du SMR n'ont pas expliqué en quoi, selon eux, les symptômes relevés par le psychiatre traitant ne dénotaient pas d'un état dépressif, ou n'étaient plus de mise, et en quoi la situation du recourant ne justifiait plus un tel diagnostic. Après s'être employé à expliciter en quoi le diagnostic de dysthymie s'imposait en 2008, ce qui n'est nullement litigieux en l'espèce, le SMR s'est contenté d'affirmer qu'« à l'examen clinique du 09.11.2015, la symptomatologie dépressive chronique selon les critères cliniques du la CIM-10 ne justifiait plus un diagnostic de trouble dépressif récurrent, en rémission complète et sans incidence sur la capacité de travail ». En définitive, l'appréciation et les conclusions du SMR s'agissant du trouble de l'humeur et de ses effets sur la capacité de travail ne sont pas suffisamment motivées et ne permettent pas au tribunal de se prononcer en toute connaissance de cause. b) La même conclusion s'impose s'agissant du diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience catastrophique, retenu par la Dresse I._____. Si finalement, à teneur de son rapport du 6 janvier 2016, le Dr S._____ se rallie à ce diagnostic, il ne partage pas l'appréciation du SMR quant au fait qu'il ne serait pas incapacitant. En réponse au recourant qui lui faisait grief de ne pas avoir motivé en quoi, selon lui, ce diagnostic ne porterait pas atteinte à sa capacité de travail, le SMR a indiqué, dans son avis du 10 février 2016, que ce trouble, présent « depuis de nombreuses années », ne l'avait « pas empêché de travailler comme plongeur et magasinier jusqu'en 2003 ». Or, cette motivation n'est pas convaincante. Le fait que l'assuré ait travaillé sporadiquement dans les années 2000, soit plus de dix ans auparavant, ne suffit pas à établir de manière probante que le trouble de modification durable de la personnalité diagnostiqué en 2015 est sans effet sur la capacité de travail. Enfin, on relèvera qu'en 2008, le SMR avait spécifiquement exclu le diagnostic de modification durable de la

- 30 - personnalité après une catastrophe, estimant que l'assuré ne présentait pas les symptômes y relatifs (cf. rapport d'examen du SMR du 31 mars 2008 et avis du SMR du 5 décembre 2008). A cet égard, l'évocation de périodes de travail en 2003 pour établir le caractère non incapacitant d'une modification durable de la personnalité se justifie d'autant moins. c) S'agissant de la fibromyalgie, les éléments figurant au dossier ne permettent pas une appréciation concluante du cas d'espèce à l'aune des critères déterminants selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. L'analyse de son caractère incapacitant est restée sommaire. Le rapport du SMR du 15 novembre 2015 ne montre pas que les médecins aient procédé à un examen sur la base de la nouvelle grille préconisée par le tribunal fédéral, et les éléments retenus dans leur rapport ne permettent pas au juge de procéder à une telle évaluation. Il apparaît ainsi également nécessaire de compléter l'instruction du dossier s'agissant de la fibromyalgie et de ses répercussions sur la capacité de travail, étant relevé que dans un arrêt du 19 octobre 2016, le Tribunal fédéral a précisé qu'une exagération des symptômes par l'assuré ne doit pas permettre d'exclure facilement la présence d'une atteinte à la santé assurée. Cela ne doit être possible que si, dans le cas concret, il découle de manière plausible de l'analyse médicale que l'exagération, clairement prouvée, prédomine de manière significative, et qu'elle excède la mesure d'un comportement simplement démonstratif. Il faut en outre que l'exagération ne soit pas la conséquence d'un diagnostic psychiatrique indépendant (cf. TF 9C_154/2016 du 19 octobre 2016). d) Au final, il appert que le rapport du 15 novembre 2015 du SMR ne permet pas d'apprécier valablement les atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions sur sa capacité de travail. La Cour de céans ne dispose au demeurant pas d'informations médicales suffisantes pour trancher la question du droit aux prestations du recourant en toute connaissance de cause. Ledit rapport reste trop peu détaillé et l'analyse au plan psychiatrique est particulièrement succincte. La

Dresse I. _____ n'a pas discuté de manière circonstanciée les pièces médicales versées au dossier et ses conclusions ne sont pas suffisamment motivées. L'ensemble

- 31 - de ces éléments tend à affaiblir considérablement sa valeur probante. Même si les pièces produites par le recourant proviennent de son psychiatre traitant, il n'en demeure pas moins qu'elles émanent d'un spécialiste et qu'elles ne peuvent être simplement écartées du fait du lien qui existe entre le praticien et son patient. Les rapports du Dr S. _____ suffisent en tous les cas à jeter un doute sur la fiabilité et la validité des constatations médicales du SMR, de sorte que, selon la jurisprudence fédérale, la mise en œuvre d'une expertise s'impose. Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, dès lors qu'il lui appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend en effet 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). Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique au sens de l'art. 44 LPGA, étant ici réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 8

a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. 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 se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

- 32 - c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'intimé.

- 33 -

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