

VD_GERICHTE ZD16.023650 vom 13. April 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-04-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.023650

FR: VD_GERICHTE ZD16.023650 du 13 avril 2018

IT: VD_GERICHTE ZD16.023650 del 13 aprile 2018

Erwägungen

E. 1

a) 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 à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine

- 17 - des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer. En l'espèce, formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

E. 3

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une 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

- 18 - 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).

E. 4

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). b) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tel que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1). Dans un arrêt du 3 juin 2015 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 (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). 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 introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs

- 19 - en lieu et place 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). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le

diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal

- 20 - fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également 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. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

E. 5

a) Pour se prononcer sur l'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 réf. cit.). 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. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). 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

- 21 - 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. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). b) 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 comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3).

Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

- 22 - Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

E. 6

a) Sur le plan neurologique, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr C. _____ du 16 juin 2014 pour dénier au recourant le droit à des prestations de l'AI. Cet expert retient en effet une capacité de travail complète (plein temps et rendement de 100%) dans l'activité exercée préalablement, dans la mesure où il est parvenu à la conclusion qu'aucune affection neurologique n'était présente chez le recourant. Ce rapport d'expertise est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes du recourant et contient des conclusions claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ce que le recourant ne conteste d'ailleurs pas. Celui-ci soutient à cet égard qu'à la lecture du rapport précité, « l'on ne peut que constater que l'expert, même s'il ne retient pas d'incapacité de travail du point de vue purement neurologique, considère qu'une incapacité de travail doit être reconnue à l'assuré au vu de la symptomatologie et des limitations présentées, raison pour laquelle il propose d'autres examens. » Ce n'est pas exactement ce qui ressort du rapport d'expertise. Certes, l'expert a émis des doutes quant à la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique. Il n'était toutefois pas en mesure d'affirmer, contrairement à ce que soutient le recourant, qu'une incapacité de travail devait être reconnue sur le plan psychiatrique, n'étant précisément pas psychiatre. C'est la raison pour laquelle l'expert a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, sans se prononcer plus avant sur ce plan-là. Les autres rapports médicaux figurant au dossier (cf. en particulier les rapports, au demeurant plus anciens, du médecin traitant, le Dr H. _____, des 26 novembre, 19 décembre 2012 et 16 juillet 2013) ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions auxquelles est parvenu le Dr C. _____.

- 23 - Sur le plan neurologique, il convient donc de se rallier aux conclusions du rapport d'expertise du 16 juin 2014 du Dr C. _____, selon lesquelles l'assuré présente une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle. b) Sur le plan psychiatrique, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr K. _____ du 14 août 2015, lequel retient comme diagnostic un trouble dissociatif (F44.7) sans répercussion sur la capacité de travail, pour retenir une capacité de travail à 100% dans l'activité habituelle. Le recourant fait en particulier valoir que l'expert K. _____ met en doute à tort la sévérité du trouble

diagnostiqué, notamment parce qu'il a considéré que le recourant pouvait conduire et qu'il a retenu l'avis du Dr P. _____, neurologue, selon lequel l'atteinte n'était pas assez grave pour justifier une rente AI. Or force est d'admettre que l'avis du médecin précité a été confirmé par l'expertise neurologique à l'issue de laquelle aucune atteinte sur le plan neurologique n'a été retenue. Par ailleurs, en se focalisant sur la problématique de la conduite automobile, le recourant perd de vue que l'expert évoque bien d'autres raisons de considérer que le trouble n'est pas sévère. En effet, l'expert relève que l'assuré n'a pas d'autres troubles psychiques (comorbidités) qui auraient valeur incapacitante en soi, qu'il conserve de bonnes capacités relationnelles, un réseau social large, une capacité de communiquer normalement et de moduler ses affects, de l'autonomie dans ses activités de la vie quotidienne et qu'il s'adonne à des activités de loisirs. Il ressort en outre du rapport d'expertise que le recourant n'est pas suivi par un psychiatre et que ses douleurs sont couvertes par deux antalgiques, ce qui tend également à démontrer que l'atteinte n'est pas aussi sévère que le prétend le recourant. Le recourant reproche également à l'expert de ne pas avoir tenu compte de l'examen neuropsychologique réalisé le

E. 7

novembre 2014, dont il ressort qu'il présente une dysfonction cognitive sévère et diffuse, laquelle comportait de nombreuses particularités et incohérences. Or la psychologue, tout en suspectant des éléments de surcharge de nature non organique, a reconnu elle-même que les résultats de l'examen effectué par le recourant devaient être interprétés avec prudence et qu'elle n'était pas en mesure de se prononcer de manière

- 24 - fiable sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles sur le plan strictement cognitif, précisant qu'un avis psychiatrique était souhaitable. Le recourant soutient encore que son trouble est à l'origine de son licenciement et non l'inverse. Ce n'est toutefois pas ce qui ressort du dossier. En effet, il apparaît que le recourant a connu pour la première fois des troubles après son accident de juin 2007, troubles qui lui ont valu un arrêt de travail. L'évolution a été favorable et le recourant a alors repris son activité. Il mentionne à ce propos que la reprise a été difficile et que l'employeur l'aurait placé à l'extérieur des serres, ce qu'il considérait comme dévalorisant, avant de le réintégrer comme responsable en serres. Il a reconnu qu'il y avait eu des problèmes au travail et des tensions avec son employeur depuis ce moment-là et c'est d'ailleurs ce qui ressort de la lettre de licenciement du 24 avril 2012, dans laquelle il est mentionné que malgré les avertissements, son comportement n'est plus à servir dans l'entreprise et qu'il a refusé d'effectuer des contrôles le week-end, ce qu'il avait fait pendant de nombreuses années. L'explication apportée par l'expert quant au fait que le conflit avec l'employeur pouvait être considéré comme le facteur de stress à l'origine du trouble paraît dès lors convaincante. Il y a en outre lieu de constater que, contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport d'expertise repose sur un examen approfondi de la situation du recourant. Il tient compte également de l'anamnèse du patient, des antécédents médicaux, de même que des plaintes exprimées par celui-ci et contient également des conclusions dûment motivées où l'expert explique pour quelles raisons il retient le diagnostic précité et écarte les diagnostics différentiels de trouble factices ou de simulation ainsi que de trouble somatoforme indifférencié et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ce rapport remplit ainsi les réquisits de la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante et on ne saurait y voir une quelconque prévention de l'expert à l'égard du recourant. Les autres documents médicaux au dossier ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions

de l'expertise du Dr

- 25 - K._____. Selon la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. consid. 4 supra). Les diagnostics posés par le Dr H._____, médecin généraliste, ne peuvent ainsi remettre en cause ceux de l'expert psychiatre, ce d'autant plus qu'en tant que médecin et thérapeute suivant l'assuré depuis de nombreuses années, ses constatations doivent être admises avec réserve (cf. consid. 5b supra). Par ailleurs, dans ses différents rapports, le Dr H._____ ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions ou en établir le caractère incomplet. Au contraire, ce praticien lui-même, dans un questionnaire du 8 octobre 2015, relevait que le diagnostic retenu par le Dr K._____ était certes un diagnostic par exclusion de toute autre pathologie organique (neurologique) ou psychiatrique, précisant que ce diagnostic était impossible à prouver de manière objective, tout en admettant cependant qu'il pourrait se révéler correct au vu de l'impossibilité de poser un autre diagnostic d'une maladie neurologique connue actuellement. Le recourant se prévaut encore de rapports médicaux produits postérieurement à la décision attaquée dans lesquels il est fait mention d'un épisode dépressif sévère (cf. rapports de la Dresse B._____ du 28 novembre 2016 et des Drs R._____ et L._____ du 14 septembre 2016). Or il résulte clairement de ces documents que l'état dépressif du recourant est apparu après la décision de l'OAI rejetant la demande. Cet élément ne saurait ainsi être pris en compte, conformément à l'avis du Tribunal fédéral qui considère que les troubles en réaction à une décision négative de l'AI peuvent être traités médicalement de manière adéquate, de sorte qu'il ne peut en découler de handicap psychique invalidant car, dans le cas contraire, la notion juridique de l'invalidité n'aurait plus aucun sens (TF 9C_799/2012 du 16 mai 2013 consid. 2.5). On apprend en outre, à la lecture du rapport des deux médecins précités, que le père du recourant est décédé récemment, soit postérieurement à la décision litigieuse, ce

- 26 - qui a sans aucun doute eu un impact défavorable sur l'état de santé du recourant. c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux conclusions à la fois du rapport d'expertise du 16 juin 2014 du Dr C._____ et de celui du 14 août 2015 du Dr K._____. Ainsi, l'intimé était fondé à retenir une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle tant sur le plan neurologique que psychiatrique.

E. 8

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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.). En l'espèce, le dossier est complet et permet ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction apparaît inutile. Partant, les conclusions prises à titre subsidiaire par le recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise, respectivement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire

sont rejetées.

E. 9

a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, 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 constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice.

- 27 - En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice seront fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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