

VD_GERICHTE ZD17.031007 vom 20. Dezember 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.031007

FR: VD_GERICHTE ZD17.031007 du 20 décembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZD17.031007 del 20 dicembre 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

- 11 - b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

Le litige tient, dans le cadre d'une demande de révision formée par l'assuré à la suite de la décision de suppression de rente du 30 janvier 2008, au refus de l'office AI d'allouer ses prestations en se fondant sur une double expertise rhumatologique (Dr Q. _____) et psychiatrique (Dr N. _____), réputées probantes, excluant toute atteinte à la santé invalidante dans le cadre d'une activité adaptée à laquelle l'assuré pourrait être renvoyé.

E. 3

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). 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). b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au

- 12 - droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible 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 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; TF 8C_339/2017 du 1er février 2018 consid. 3 et les références citées). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256

- 13 - consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées). e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2). f) On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/06 du 19 juin 2006 consid. 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

- 14 - conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 déjà cité et les références).

E. 4

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations de l'assuré du 4 décembre 2014 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de suppression de prestations entrée en force – soit la décision du 30 janvier 2008 – et la décision litigieuse du 12 juin 2017, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. On rappellera que la décision du 30 janvier 2008 a été rendue au terme d'une procédure de révision d'office engagée en juillet 2003. Elle se fondait pour l'essentiel sur les conclusions des Drs X. _____ et D. _____, une pleine capacité de travail ayant été retenue dans une activité adaptée. Dans le cadre de sa deuxième demande, le recourant a fait valoir une aggravation de son état de santé tant sur le plan somatique que psychique, soutenant que son incapacité de travail était entière (cf. rapport médical du Dr L. _____ du 19 décembre 2014).

E. 5

Sur le plan formel, le recourant fait valoir un double grief. a) En premier lieu, il critique les modalités ayant présidé au choix des experts Q. _____ et N. _____. aa) Le 29 novembre 2016, l'office AI a informé le précédent conseil du recourant de son intention de mandater les Drs Q. _____ et N. _____ aux fins de procéder à une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique, lui impartissant un délai au 13 décembre 2016 pour formuler « des objections fondées portant sur le genre de l'expertise, la

- 15 - spécialité prévue, de même que le nom de l'expert ». Il était précisé que, sauf contreproposition, le mandat définitif serait attribué aux experts désignés. bb) Par pli du 6 décembre 2016, le précédent conseil du recourant a uniquement demandé que des questions supplémentaires soient posées aux experts proposés par l'intimé, sans remettre en question les personnes et spécialités envisagés. Dans ces conditions, c'est en vain que le recourant se plaint devant le Tribunal cantonal d'une désignation discrétionnaire et unilatérale. Faute d'avoir émis en temps utile une quelconque critique à l'endroit des médecins auxquels l'office AI se proposait d'attribuer le mandat d'expertise projeté, il ne saurait être suivi lorsqu'il laisse entendre que le choix de l'intimé aurait été dicté par le caractère notoirement rigoureux des appréciations des experts prénommés. b) En second lieu, il se plaint d'irrégularités ayant entaché la notification de la décision entreprise. Outre que l'on ne voit pas en quoi une notification en courrier prioritaire (A) contreviendrait à la réglementation applicable (cf. art. 44 LPA-VD), le fait que le délai de recours expire de ce fait la veille des fêtes ne saurait entraîner de préjudice pour le recourant.

E. 6

La décision entreprise se fonde – dans le cadre de l'examen au long cours d'un cas complexe sur le plan médical, ayant donné lieu à des appréciations divergentes – sur les deux dernières expertises mises en œuvre sur le plan somatique d'une part (Dr Q. _____)

et psychiatrique d'autre part (Dr N. _____) durant les mois qui ont précédé la décision litigieuse, expertises auxquelles l'intimé prête la force probante de départager les avis médicaux divergents qui constituent le dossier. a) Au plan somatique, l'intimé a complété l'instruction pas la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, qui a été réalisée par le Dr Q. _____.

- 16 - aa) Dans son rapport du 15 mars 2017, ce spécialiste a posé le diagnostic – avec répercussion sur la capacité de travail – de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie (minime discopathie L4-L5 et anomalie transitionnelle L5-S1). Après avoir relevé que les lombalgies présentées depuis 1995 étaient devenues chroniques, l'expert a constaté, outre une cristallisation de la symptomatologie, l'apparition de douleurs polyinsertionnelles multiples faisant état d'une nette diminution du seuil de déclenchement de la douleur avec probablement en parallèle un déconditionnement de la musculature profonde entraînant une probable instabilité. Cependant, la trophicité musculaire était conservée et il n'y avait pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique. Aucun trouble sensitivomoteur n'a été mis en évidence. Le Dr Q. _____ a souligné que son appréciation rejoignait celle des Drs X. _____ et F. _____, datées respectivement de 2005 et 2013, lesquels posaient les mêmes diagnostics. Cela étant, contrairement au Prof. F. _____, le Dr Q. _____ estimait que la symptomatologie douloureuse ne pouvait être exprimée uniquement à l'aune des processus herniaires, dans la mesure où il n'y avait pas de signe parlant en faveur d'une atteinte irritative ou déficitaire. Quant aux infiltrations effectuées par le Prof. F. _____, elles n'avaient apporté aucune amélioration de la symptomatologie douloureuse en raison du caractère chronique des lombalgies présentées. bb) S'agissant de la capacité de travail, le Dr Q. _____ a considéré qu'elle était de 50% dans l'activité de maçon compte tenu des lésions lombaires. En revanche, dans une profession adaptée avec diminution des mouvements en porte-à-faux et excluant le port de charges supérieures à 10 kg, l'exigibilité était totale. Il convenait toutefois de tenir compte d'une diminution de rendement de 10%, en raison de la longue période d'inactivité professionnelle. cc) Aucune pièce médicale au dossier ne justifie de s'écarter des conclusions circonstanciées figurant dans le rapport médical établi par

- 17 - le Dr Q. _____ le 15 mars 2017, lequel remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Fruit d'une analyse approfondie du cas, il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, il contient une appréciation claire de la situation et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions, qui rejoignent par ailleurs celles retenues par le Dr X. _____ dans son rapport du 15 avril 2005. On relèvera dans ce contexte que, le recourant présentant pour l'essentiel des atteintes affectant le rachis lombaire, il importe peu, contrairement à ce qu'il prétend, que l'expertise ait été réalisée par un médecin spécialiste en rhumatologie plutôt que par un médecin orthopédiste, dès lors que ces spécialités s'intéressent toutes deux au diagnostic et au traitement des maladies de l'appareil locomoteur (TF 9C_474/2017 du 4 octobre 2017 consid. 4.2 et la référence). Au surplus, le Dr Q. _____ – pas plus que le Dr N. _____ – n'a fait état de difficultés de communication imputables à la perte auditive affectant le recourant. b) La difficulté de la cause tient à la nature des atteintes sur le plan psychique, soit au diagnostic et à l'hypothétique caractère invalidant des troubles observés. aa) Dans son rapport du 12 avril

2017, le Dr N. _____ a posé pour seul diagnostic – sans répercussion sur la capacité de travail – celui de névrose de compensation, motivée par l’attitude revendicatrice du recourant à l’égard de l’assurance-invalidité, à laquelle s’associait une position de victimisation en vue d’obtenir une rente. L’expert a expliqué qu’il s’agissait de symptômes physiques compatibles avec – et initialement dus à – un trouble, une maladie ou un handicap physique mais amplifiés ou entretenus par l’état psychique du patient. Ce dernier adoptait une attitude histrionique (recherche de l’attention d’autrui) comprenant parfois aussi des plaintes surajoutées (habituellement non spécifiques) sans substrat somatique. Il réagissait habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou au handicap provoqué par son affection physique, tout en redoutant, parfois à juste titre, une persistance

- 18 - ou une aggravation de son handicap ou de la douleur. En l’occurrence, l’insatisfaction relative aux résultats du traitement et des investigations ainsi que la déception quant à la qualité des soins médicaux étaient également susceptibles de représenter un facteur déclenchant chez le recourant ; il existait ainsi une motivation claire comme la recherche d’une compensation financière à la suite de l’accident de 1992, après lequel il n’avait plus été en mesure de travailler. bb) Tout en retenant des traits de personnalité narcissiques et paranoïaques, le Dr N. _____ n’a pas mis en évidence de limitation fonctionnelle sur le plan psychique. Le recourant ne présentait aucun trouble de l’attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents ou plus anciens. Il n’y avait pas non plus de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté. L’examen n’a pas révélé de troubles de la perception sous la forme d’hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives. L’expert n’a pas davantage constaté d’idées interprétatives et de concernement, simples ou délirantes. Il n’a pas non plus observé d’euphorie, de logorrhée, de fuite dans les idées. Il n’y avait pas de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur, ni de contact familial avec l’expert. L’assuré ne présentait pas de signes de stress post-traumatique, de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ou de cauchemars. Le Dr N. _____ en a déduit que la capacité de travail du recourant était complète sur le plan psychiatrique, rejoignant en cela les Drs P. _____ et D. _____. cc) On ne voit en l’occurrence aucune raison de s’écarter des conclusions de l’expertise réalisée par le Dr N. _____. Outre que ce spécialiste a pris la mesure de la complexité du cas et de sa mission d’en opérer une synthèse claire, il s’est livré à une anamnèse particulièrement complète et rigoureuse, rendant compte des appréciations multiples et divergentes qui ressortent du dossier. Son examen clinique et ce qu’il en déduit sont clairement exposés, et les différents diagnostics retenus par ses confrères systématiquement discutés. Si le recourant met en exergue les conditions ayant présidé au choix du Dr N. _____ pour atténuer la

- 19 - valeur probante de son expertise, il n’allègue pas que le rapport établi à l’issue de celle-ci contiendrait des omissions significatives ou des erreurs manifestes à même d’en modifier diamétralement les conclusions. Ainsi, on ne voit pas en quoi les imprécisions dans l’anamnèse professionnelle établie par le Dr N. _____ auraient influencé les conclusions auxquelles l’expert est parvenu. Le recourant ne fait pas non plus mention d’éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés au cours de l’expertise et seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En particulier, il ne tente pas d’établir, au moyen d’une argumentation circonstanciée, les raisons pour lesquelles il estime que la préférence devrait être donnée au point de vue émis par le Dr R. _____. De plus, il n’existe pas de contradiction entre l’expertise réalisée par le Dr

N._____ et celle réalisée par le Dr D._____, puisque tous deux concluent à une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique. On relèvera pour finir que le Dr J._____, psychiatre traitant, ne s'est pas exprimé sur la teneur du rapport du Dr N._____ ni n'a communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par ce dernier. A la demande du conseil du recourant, il s'est limité à confirmer que son patient observait scrupuleusement le traitement prescrit et que celui-ci lui convenait. dd) Dès lors, compte tenu de l'absence de pathologie psychiatrique à caractère incapacitant, il n'y a pas lieu d'examiner la situation au regard des principes applicables en matière d'évaluation de la capacité de travail en présence de maladies psychiques (cf. ATF 143 V 409 et 143 V 418). c) A la lumière de l'appréciation convaincante des experts Q._____ et N._____, il y a lieu de retenir que le recourant ne présente pas, faute de péjoration de son état de santé, respectivement d'atteintes invalidantes, une modification de sa capacité de travail, laquelle demeure entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il s'ensuit que le degré d'invalidité ne s'est pas modifié de manière notable par rapport à la situation tranchée par la décision de suppression de prestations du 30 janvier 2008, entrée en force.

- 20 -

E. 7

Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le sollicite le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipées des preuves ; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 8C_139/2016 du 24 octobre 2016 consid. 4.2). Une telle manière de voir ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

E. 8

En définitive, en déniaut le droit du recourant à une rente d'invalidité, la décision attaquée échappe à la critique. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue le 12 juin 2017.

E. 9

a) La procédure est onéreuse ; 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, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. 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 des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a

- 21 - au demeurant 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). b) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter du 14 juillet 2017 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). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA- VD), le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. Le 13 décembre 2017, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure du 14 juillet à cette date. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 10 heures et 6 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), soit 1'818 fr., auxquels s'ajoutent 100 fr. de débours (art. 3 al. 3 RAJ), ce qui représente un montant total en faveur de Me Carré de 2'071 fr. 45, TVA au taux de 8% par 153 fr. 45 comprise.

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