

VD_GERICHTE ZD18.000241 vom 31. Oktober 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-10-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.000241

FR: VD_GERICHTE ZD18.000241 du 31 octobre 2018

IT: VD_GERICHTE ZD18.000241 del 31 ottobre 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré

- 19 - ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, compte tenu des feries (art. 96 al. 1 let. c LPA-VD), le recours a été interjeté en temps utile. Les exigences de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont par ailleurs été respectées. Le recours est en conséquence recevable quant à la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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).

- 20 - b) En l'espèce, est litigieuse 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 sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

E. 3

a) 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 se définit 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 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). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI) et peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

E. 3.4

et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe 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). c) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, 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. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être

- 25 - examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). d) La grille d'évaluation développée dans l'arrêt ATF 141 V 281 comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé (funktioneller Schweregrad), 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 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3). e) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence (Konsistenz) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 ; 9C_862/2014 du 17 septembre 2015, consid. 3.2). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas

- 26 - recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4). f) Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence intervenu à l'arrêt 141 V 281 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 (ATF 141 V 281, consid. 8, TF 9C_716/2015 du 30 novembre 2015, consid. 4.1 ; TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.). N'étant pas remise en cause par les arrêts TF 8C_841/2016 et 8C_130/2017 du 30 novembre 2017, il y a lieu de se tenir à cette jurisprudence.

E. 4

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante

- 21 - 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 et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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, 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). 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 confident 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 ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). c) 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). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une

- 22 - 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. 5

a) En premier lieu, il sied de relever que l'état de santé somatique du recourant n'est pas contesté, celui-ci présentant sur le plan physique une capacité de travail entière dans le respect de ses limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, les experts du [...] ont retenu un état de stress post-traumatique, une anxiété généralisée, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils ont estimé que seul l'état de stress post traumatique avait une influence sur la capacité de travail, sous la forme d'une baisse de rendement pendant encore une durée de six mois. L'experte K._____ a également retenu un status après notion d'un syndrome de stress post-traumatique ainsi que des notions de douleurs chroniques, pouvant être intégrées dans un tableau de syndrome somatoforme douloureux persistant. Pour l'experte, la capacité de travail du recourant était pleine sur le plan strictement psychiatrique. b) Quant au Dr V._____, psychiatre traitant du recourant, il a fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, d'une modification durable de la personnalité après traumatisme, d'une anxiété généralisée ainsi que d'un trouble somatoforme douloureux. A ce tableau clinique venait également s'ajouter une dépendance aux opiacés. Concernant la capacité de travail, le Dr V._____ a retenu dans son rapport du 6 avril 2016 qu'une activité de 30 à 40% sur des semaines relevait de l'illusoire. c) Sur la base des deux expertises précitées, l'intimé a accordé au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1er novembre 2009 puis une demi-rente d'invalidité du 1er juin 2010 au 30 novembre 2010. Au-delà du 30 septembre 2010, l'intimé a retenu qu'une pleine capacité de travail était parfaitement exigible dans une activité adaptée. Le recourant a au contraire considéré que son état de santé ne s'était pas

- 23 - amélioré, son degré d'invalidité s'étant maintenu à 55% au-delà du mois de septembre 2010.

E. 6

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 malade, 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) Dans deux arrêts récents (ATF 143 V 418 et ATF 143 V 409), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente AI en cas de troubles psychiques. Il a considéré que même si la classification diagnostique est médicalement nécessaire et qu'un diagnostic posé selon les règles de l'art est indispensable, ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble sur la capacité de travail (ATF 130 V 418 consid. 6). Le Tribunal fédéral a dressé un parallèle entre la problématique des troubles psychiques et l'évolution récente de la jurisprudence concernant des troubles douloureux sans causes organiques explicables (troubles somatoformes douloureux) et troubles psychosomatiques analogues, développée dans l'ATF 141 V 281. Le Tribunal fédéral a en substance retenu que pour les maladies psychiques, et non seulement dans le cas de troubles somatoformes, le substrat nécessaire à l'administration d'une preuve directe permettant de conclure à une incapacité de travail faisait défaut. L'administration de la preuve doit donc se faire de manière indirecte, à l'aide d'indicateurs (ATF 143 V 418 consid. 7.1 et les références citées). En

- 24 - fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Dans ce contexte, les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, établies le 16 juin 2016 par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP), faisant expressément référence à l'arrêt 141 V 281, gardent toute leur pertinence. Une administration des preuves structurées similaire à celle prévalant en matière de troubles somatoforme douloureux doit dès lors s'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.2), dont les troubles affectifs et les troubles dépressifs de gravité légère ou moyenne, le critère de la résistance à la thérapie ne pouvant à lui-seul résoudre la question de l'incapacité de travail (ATF 143 V 418 consid. 7.1, 409 consid. 4.4 et 4.5.2). c) Au vu des pathologies psychiatriques retenues par les différents médecins au cours de la présente procédure, il se justifie d'examiner les critères d'évaluation développés par le Tribunal fédéral en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 et jurisprudence citées). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a donc abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid.

E. 7

a) 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

- 29 - de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. 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 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). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'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). b) En l'occurrence, au vu des lacunes de l'instruction, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) ; le devoir d'instruction s'étendant jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier sur le plan médical par une évaluation psychiatrique.

E. 8

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

- 30 - 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 2'100 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD). Ils couvrent le montant de la liste des opérations produite par le conseil d'office du recourant en date du 1er mai 2018, de telle sorte qu'aucune indemnité n'est due au titre de l'assistance judiciaire accordée au recourant par décision du 19 février 2018.

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