

VD_GERICHTE ZD19.002738 vom 9. Juni 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-06-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.002738

FR: VD_GERICHTE ZD19.002738 du 9 juin 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.002738 del 9 giugno 2020

Erwägungen

E. 3

a) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement

- 17 - être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). b) Lorsque la rente a été refusée 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]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au 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 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

- 18 - c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les

médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

E. 4

En l'occurrence, l'intimé s'est principalement fondé sur l'avis du Dr W._____, qui reprenait lui-même les conclusions des Drs Q._____ et K._____, pour retenir que l'exercice d'une activité adaptée

- 19 - demeurait exigible à temps plein. Le recourant conteste ces appréciations en se prévalant des rapports établis par ses médecins traitants et critique en particulier la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire des Drs Q._____ et K._____. Devant l'OAI, le recourant a notamment remis en cause leur impartialité au motif qu'ils étaient régulièrement mandatés par cet office. On relève toutefois qu'il appartenait à l'intéressé de faire valoir ses motifs de récusation dans le cadre de la procédure administrative et, le cas échéant, de solliciter une décision incidente dans ce sens, ce qu'il n'a pas fait, notamment après réception du courrier de l'OAI du 15 mars 2017. En tout état de cause, il sera rappelé que selon la jurisprudence, le fait qu'un expert soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ne constitue pas, à lui seul, un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert et, partant, une preuve pertinente pour établir les faits relatifs à sa récusation (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3). Cela étant dit, il faut constater que les rapports des Drs Q._____ et K._____ remplissent toutes les exigences formelles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Leurs conclusions résultent d'une analyse complète de la situation médicale – objective et subjective – du recourant. Prenant en considération l'ensemble du dossier à leur disposition, tel qu'en atteste les résumés en introduction desdits rapports, les experts ont procédé à une anamnèse détaillée, tenu compte des plaintes du recourant, décrit leurs constatations cliniques et discuté des appréciations divergentes des médecins traitants.

E. 5

Sur le plan somatique, le recourant ne saurait être suivi dans ses griefs à l'encontre du Dr Q._____, auquel il reproche des confusions dans les faits, notamment quant aux dates de

survenance des accidents, ainsi qu'une appréciation erronée et contraire à la littérature médicale quant à la durée de rétablissement en cas de fracture des 3ème et 4ème rayons gauche et droit.

- 20 - Il est établi que le recourant a été victime d'un premier accident de la circulation le 24 août 2007, puis d'un second le 29 juillet 2012. Or, contrairement à ce qu'allègue l'intéressé, le Dr Q. _____ n'a méconnu aucun de ces deux évènements. Tous deux sont rapportés dans l'anamnèse à leur date de survenance et la confusion ultérieure entre 2012 et 2014, s'agissant du second accident, résulte selon toute vraisemblance de l'erreur contenue dans le rapport établi le 24 novembre 2014 par le Dr F. _____. L'évènement référé au 24 juillet 2014, soit la chute sur le dos, est apparemment rapporté par le recourant à l'expert lors de l'examen clinique, ce à l'instar de la chute du mois de décembre 2016, laquelle a également fait l'objet d'une consultation, ainsi que de différents examens d'imagerie. Il est certes regrettable que l'expert Q. _____ n'ait pas levé totalement la confusion dans son rapport complémentaire du 13 novembre 2017, se limitant à rectifier l'année de survenance de l'accident de la circulation du 29 juillet sans autre précision. Ces confusions ne sauraient cependant être déterminantes pour apprécier la valeur probante de son rapport, dans la mesure où il était attendu de lui qu'il évalue l'ensemble des atteintes présentées et/ou alléguées par le recourant, ce qu'il a en l'occurrence fait. En effet, le Dr Q. _____ a discuté des atteintes du rachis cervical, dont la recrudescence est imputée par le recourant à l'accident du 29 juillet 2012, ainsi que lombaires. La question de savoir si cette dernière atteinte est inhérente à la chute du 29 juillet 2014, à celle du mois de décembre 2016 ou encore à une atteinte malade ou dégénérative est sans incidence en l'occurrence, la cause d'une atteinte à la santé n'étant pas décisive dans le domaine de l'assurance-invalidité. S'agissant de l'accident du 29 juillet 2012, figurent au dossier le rapport de police mentionnant un traumatisme indirect de la colonne cervicale et un traumatisme des glandes mammaires, avec des ecchymoses dues à la ceinture de sécurité, ainsi qu'un certificat médical du 2 août 2012 faisant état de cervicalgies et de lombalgies post-traumatiques. Toutefois, cet accident n'a apparemment pas justifié un suivi particulier

- 21 - sur le plan somatique, étant relevé que le rapport de police précité évoque une guérison « après quatre jours de visite à l'hôpital ». Le dossier ne contient pour le surplus aucune pièce mentionnant une consultation auprès du médecin généraliste ou d'un spécialiste en rhumatologie ou en orthopédie, ni même d'examen d'imagerie dans les jours ou semaines ayant suivi l'évènement traumatique. Il s'ensuit que l'appréciation rétroactive du Dr Q. _____ d'une incapacité de travail de trois mois n'est pas critiquable. A cela s'ajoute qu'aucun rapport médical ultérieur à l'accident, respectivement à l'expertise rhumatologique ne s'inscrit en faux contre cette évaluation de l'incapacité de travail consécutive à cet accident de la circulation de 2012. S'agissant des séquelles des fractures des 3ème et 4ème rayons gauche et droite (i.e. : vertèbres sacrées, lesquelles sont soudées), l'expert s'est fondé sur les conclusions du rapport d'examen d'IRM lombaire du 24 janvier 2017 pour conclure à l'absence de déplacement significatif. Selon ce document, les articulations sacro-iliaques, les ailes iliaques, l'articulation coxo-fémorale, les branches ilio-et ischio-pubiennes, ainsi que les viscères pelviens étaient sans anomalie. Il n'y avait pas non plus d'atteinte musculaire, de signe évocateur d'une insertionite, d'une bursite ou d'une hernie inguinale. Ce qui précède démontre que les fractures des 3ème et 4ème rayons gauche et droite étaient isolées, sans autre atteinte, notamment neurologique, et n'ont pas entraîné de traitement spécifique tel qu'une immobilisation, une infiltration, une opération,

ni même de consultation auprès d'un médecin spécialiste. Ainsi, aucun rapport médical ne permet de remettre en cause la valeur probante de l'expertise s'agissant de l'incapacité de travail de trois mois consécutive à l'accident de décembre 2016. Par ailleurs, s'agissant d'une banale chute, une incapacité de plus longue durée ne saurait a priori être postulée. S'agissant des autres atteintes somatiques, il n'apparaît pas qu'elles entraîneraient une péjoration de l'état de santé du recourant.

- 22 - Il s'ensuit que, sur le plan somatique, l'état de santé du recourant n'a pas connu d'aggravation susceptible d'influencer son droit à la rente depuis la dernière décision de refus de rente du 26 mai 2010, étant relevé qu'aucune nouvelle atteinte n'a perduré au-delà d'une durée de trois mois (cf. art. 88a al. 2 RAI).

E. 6

Sur le plan psychique, le recourant se prévaut des rapports de ses psychiatres traitants et conteste l'appréciation du Dr K. _____, qui nie l'existence d'une atteinte psychique incapacitante. a) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). 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 (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

- 23 - appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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 physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le 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 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 et les références citées). 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 (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) 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. 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 recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être

- 24 - 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 et les références citées).

E. 7

a) En l'espèce, le Dr K. _____ a posé un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), mais a estimé que celui-ci n'influencerait pas la capacité de travail du recourant. Ce faisant, il a posé un diagnostic selon les règles de l'art, en se référant à la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10). A ce stade, se pose la question des motifs d'exclusion, étant précisé que l'expert a fait état d'une exagération des symptômes de la part du recourant « dans le but, vraisemblablement d'obtenir une compensation de la part des assurances » (cf. p. 20). C'est cette composante d'exagération qui a amené le Dr K. _____ à retenir, comme unique diagnostic, une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques. On pourrait ainsi se demander si l'exagération mise en évidence par l'expert – qui se traduit par une recherche de l'attention d'autrui, ainsi que des plaintes surajoutées, habituellement non-spécifiques, à un substrat somatique (cf. p. 23) – ne pourrait pas permettre de nier d'emblée une rente d'invalidité conformément aux principes relatifs aux motifs d'exclusion développés par la jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). Cette question est cependant sans incidence dans le cas d'espèce dans la mesure où l'examen du diagnostic retenu par l'expert à l'aune des indicateurs cités supra (cf. consid. 6) démontre en tout état de cause que des ressources mobilisables demeurent et que l'atteinte n'est pas incapacitante. En effet, s'agissant du degré de gravité fonctionnel, on relève tout d'abord que le diagnostic posé ne revêt pas en lui-même un degré de

- 25 - gravité particulier. En effet, il s'inscrit dans le prolongement d'accidents de la circulation – de gravité modérée – intervenus en 2007 et 2012 et plus particulièrement dans un contexte de conflit asséculo-logique. L'ensemble des intervenants médicaux, y compris les médecins traitants, s'accordent pour dire que le recourant ressent un sentiment d'injustice vis-à-vis de ces événements et que son attention est centrée sur ses revendications à l'égard des assurances. Par ailleurs, le recourant ne bénéficie pas d'un suivi psychiatrique régulier et les consultations auprès de ses psychiatres traitants sont espacées, parfois même de plusieurs mois. L'intéressé a lui-même indiqué, en lien avec sa dernière interruption de suivi en mai 2016, qu'il le considérait peu nécessaire (cf. rapport

médical du 24 mai 2019 des Drs B. _____ et C. _____). Selon ces derniers médecins, la prise en charge serait même souvent motivée par la procédure d'assurance-invalidité. Le traitement médicamenteux est pris de manière aléatoire, ce que confirment tant les valeurs de dosage obtenues par l'expert, que l'ensemble des médecins traitants. Il n'existe pas de comorbidité psychique, ni même physique, qui permettrait, d'une part, d'expliquer l'absence de compliance, et, d'autre part, de démontrer l'existence de ressources entamées. L'expert psychiatre n'a en particulier pas retenu de trouble de la personnalité ni de traits, lié à l'« attitude histrionique » dont il fait mention (cf. p. 22). En tout état de cause, il sied de préciser que le Tribunal fédéral a déjà été amené à constater que des traits de personnalité n'avaient en principe pas valeur de maladie psychiatrique (cf. p. ex. TF 9C_894/2015 du 25 avril 2016 consid. 5.1). Ces éléments plaident en faveur d'un faible degré de gravité fonctionnel, étant encore rappelé l'exagération et les avantages secondaires évoqués par l'expert. A cela s'ajoute que les activités quotidiennes du recourant ne sont également pas significatives de ressources entamées. Le recourant a conservé un cercle social, étant relevé qu'il voit régulièrement son fils et a gardé de bons contacts avec son ex-épouse. Selon les Drs B. _____ et C. _____, il aurait en outre une nouvelle fiancée vivant au [...]. Le recourant est par ailleurs en mesure d'effectuer des démarches administratives et de réinitier un suivi psychiatrique, soit de s'entourer des aides médicales qu'il estime nécessaire. Même durant les périodes d'une à deux semaines où ses médecins parlent « d'isolement social », on

- 26 - constate que l'intéressé demeure capable de faire ses courses et de payer ses factures (cf. rapport médical du 24 mai 2019 des Drs B. _____ et C. _____). Dans ces circonstances, la position de l'expert, qui a noté que « dans les loisirs et les activités sociales, il n'y a[vait] aucune atteinte à la santé du point de vue psychiatrique », apparaît convaincante. Il faut ainsi comprendre que le recourant conserve suffisamment de ressources pour surmonter son atteinte, de sorte que celle-ci n'est pas incapacitante. On relève pour le surplus que les conclusions du Dr K. _____, de même que de nombreux éléments évoqués au sein de son rapport, se recourent avec l'appréciation faite à l'époque par le Dr Z. _____. Ce dernier médecin avait en effet décrit un homme très agité, nerveux, tendu, logorrhéique, sans écoute, surtout extrêmement remonté contre son destin. Il avait également fait état des revendications du recourant à l'égard des assurances, lesquelles entretenaient et aggravaient un cercle vicieux dans la perception de la douleur. Cela étant, le Dr Z. _____ avait également conclu à l'absence de trouble psychique incapacitant. On constate ainsi que les tableaux décrits par les deux experts sont, à bien des égards, superposables. Certes, les diagnostics retenus divergent. Il faut néanmoins rappeler que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Une aggravation de l'état de santé psychique du recourant depuis la dernière décision de refus de rente du 26 mai 2010 peut par conséquent être raisonnablement exclue.

E. 8

Cela étant dit, il ne se trouve au dossier aucun document médical susceptible de faire douter des conclusions du Dr K. _____. S'agissant des appréciations des Drs H. _____ et M. _____, on relève, à l'instar de l'expert, que les critères CIM des diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F 62.0) et d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2) ne sont pas remplis, étant

précisé que le Dr K. _____ a indiqué n'avoir décelé aucun signe ou symptôme de ces - 27 - pathologies lors des entretiens et dans l'anamnèse. La fréquence du suivi, à savoir deux fois par mois du 27 décembre 2012 au 23 octobre 2013 (cf. rapport du 2 décembre 2013 des Drs H. _____ et M. _____), ainsi qu'une fois par mois du 21 avril 2015 au 26 mai 2016 (cf. rapport du 25 mars 2015 des Drs H. _____ et M. _____), n'apparaît pas compatible avec ces diagnostics et la prise en charge généralement attendue dans ces circonstances. Par ailleurs, les psychiatres traitants font certes état d'un certain nombre de limitations fonctionnelles d'ordre psychique, en particulier une importante irritabilité, ayant pour conséquence que le recourant rencontrerait des difficultés dans ses relations interpersonnelles, ainsi que dans les transports en commun et dans la foule. Cependant, on constate que cet état tensionnel très important avait déjà été évoqué par le Dr Z. _____ dans son expertise du 18 octobre 2008. Pour le reste, les rapports des Drs H. _____ et M. _____ sont peu étayés et ne font 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 des conclusions du Dr K. _____ ou en établir le caractère incomplet. Il en va de même du rapport du 24 mai 2019 des Drs B. _____ et C. _____, lesquels n'objectivent pas la capacité résiduelle de travail de 30 % qu'ils retiennent. Ces derniers médecins semblent s'être essentiellement fiés aux plaintes subjectives du recourant, lequel était au demeurant toujours habité par une colère et une méfiance en lien avec son conflit asséculo-logique. Cela étant, on constate que les avis médicaux des médecins traitants ne sont pas de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du Dr K. _____, auxquelles une pleine valeur probante doit être accordée. Dans ces conditions, force est de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière au plan psychique.

E. 9

Pour le surplus, le recourant ne conteste pas la comparaison des revenus telle qu'elle a été effectuée par l'intimé. Il n'y a donc pas lieu de revenir en détail sur ce calcul qui, vérifié d'office, ne prête pas flanc à la critique.

- 28 -

E. 10

Sur le vu de ce qui précède, l'instruction du dossier permet de statuer en toute connaissance de cause sur le droit à la rente du recourant, de sorte qu'on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une nouvelle expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

E. 11

a) En définitive, 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du

recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (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). Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) Par décision du juge instructeur du 29 janvier 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 janvier 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me David Métille. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 22 janvier 2020. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Métille est arrêtée à 3'986 fr. 35, débours et TVA compris.

- 29 - 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 est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office 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 [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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