

VD_GERICHTE ZD20.031232 vom 25. Januar 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-01-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.031232

FR: VD_GERICHTE ZD20.031232 du 25 janvier 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.031232 del 25 gennaio 2021

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

- 11 - b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

Le litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il s'agit en particulier de déterminer si, compte tenu de l'art. 17 al. 1 LPGA relatif à la révision des rentes et autres prestations durables, applicable par analogie aux nouvelles demandes de prestations, la situation médicale du recourant s'est notablement aggravée entre le moment où la décision du 25 mai 2018 (dernière décision fondée sur une instruction complète) et celui où la décision litigieuse du 16 juin 2020 ont été rendues et si, le cas échéant, cette péjoration éventuelle justifierait l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

E. 3

a) 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

- 12 - modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. b) 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).

E. 4

a) 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). b) 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,

- 13 - 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). c) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012

consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

E. 5

a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en

- 14 - principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs. 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. 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, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

- 15 - 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

- 16 - 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. 6

En l'occurrence, l'intimé a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité, faute d'éléments significatifs nouveaux en faveur d'une aggravation objective de son état de santé. Cette appréciation est fondée sur le (bref) avis SMR du 5 mai 2020. Or, ce seul avis n'est pas de nature à permettre de nier toute aggravation de l'état de santé du recourant depuis la dernière décision du 25 mai 2018. Lorsque cette décision avait été rendue, l'intéressé avait été en mesure de reprendre son activité habituelle depuis le 13 novembre 2017, à plein temps, et n'avait pas présenté d'incapacité de travail de plus d'une année. Il résulte toutefois des nouveaux éléments réunis dans le cadre de l'instruction de la seconde demande de prestations que le recourant n'a finalement pas été en mesure de poursuivre son activité habituelle de façonneur. Il a été en incapacité de travail totale du 5 au 25 mai 2018, puis à compter du 23 juin 2018. Il a été licencié pour le 31 mars 2019, et n'a pas repris d'activité depuis lors. Certes, la Dre H. _____ a relevé dans son rapport du 13 août 2018 à P. _____ que la situation n'avait pas évolué pour ce qui était des douleurs ostéoarticulaires ; l'IRM cervicale était normale, de même que les examens neurologiques et ORL ; quant au status rhumatologique, il était superposable à celui prévalant en 2017. Toutefois, le patient avait présenté en mai 2018 une crise de vertiges paroxystiques, avec nausées et difficultés de mobilisation. Depuis juin 2018, il présentait par ailleurs une bronchite et une hyperréactivité bronchique sur fond possible d'asthme et de sidérose pulmonaire ; en outre, également depuis juin 2018, des troubles dépressifs réactionnels étaient mentionnés.

- 17 - Les pièces au dossier vont dans le sens des observations de la médecin traitant. Ainsi, selon le rapport du Dr E. _____ du 25 mai 2018, l'examen otoneurologique était normal ; l'IRM cervicale du 18 juillet 2018 était normale pour l'âge, de même que l'angio-IRM (cf. rapport du 18 juillet 2018). Au plan neurologique, le Dr J. _____ a constaté qu'il n'y avait pas d'explication aux troubles de l'équilibre de l'assuré (cf. rapport du 16 juillet 2018). Enfin, le 29 août 2018, le Dr B. _____ a observé que l'ensemble du bilan clinique

ne relevait pas d'atteinte organique vestibulaire. Dans son nouveau rapport du 12 décembre 2018, ce spécialiste a noté que l'examen clinique et le bilan paraclinique ne mettaient pas en évidence d'atteinte vestibulaire périphérique ou centrale, et a retenu des vertiges chroniques fonctionnels. De même, au plan pulmonaire, le Dr T. _____ a constaté le 3 septembre 2018 que l'état général du recourant était bon et sa capacité pulmonaire totale normale ; il suspectait cependant qu'un syndrome d'hyperventilation chronique soit le principal responsable de la dyspnée rapportée par l'assuré, et a proposé une physiothérapie respiratoire, ainsi qu'un soutien psychiatrique. Enfin, le Prof. N. _____ a relevé lors de son examen du 10 décembre 2018 une limitation par une certaine kinésiophobie, et la présence de plusieurs signes selon Waddell. En décembre 2018, ce spécialiste a ainsi remis au patient des ordonnances dans le but d'une rééducation globale afin de lutter contre le syndrome métabolique et la kinésiophobie ; si ces mesures ne s'avéraient pas salvatrices, il serait alors question de revoir le patient trois mois plus tard pour l'inclure dans une prise en charge multimodale de la douleur. Or, le Prof. N. _____ a constaté le 21 mars 2019, soit trois mois plus tard, que le patient rapportait la même clinique que celle présente en décembre 2018, avec des vertiges d'origine indéterminée présents depuis juillet 2018 ; l'examen était à nouveau très limité en raison de la kinésiophobie, de la fatigue, de la peur de déclenchement de vertiges et de plusieurs signes de Waddell. Le Prof. N. _____ ne s'est alors pas prononcé sur la

- 18 - capacité de travail. Ses observations paraissent toutefois très similaires à celles du Dr K. _____, rhumatologue, qui a examiné le recourant le 18 septembre 2017. Dans son rapport du 6 octobre 2017, le Dr K. _____ avait ainsi en particulier relevé que l'intéressé présentait un syndrome douloureux, diffus au niveau du rachis, irradiant autant vers la nuque, vers le bas du dos et les fesses que dans la région thoracique latérale ; cliniquement, il avait constaté une forte démonstrativité, alors que les radiographies de la colonne cervicale et dorso-lombaire, ainsi que du bassin et des hanches, montraient des troubles dégénératifs discrets, sans éléments inquiétants. Il résulte de ce qui précède qu'au plan somatique, les atteintes ne paraissent, prima facie, pas invalidantes. En l'état du dossier toutefois, les éléments ne sont pas suffisants, en l'absence de mesures d'instruction complémentaires, pour poser ce constat, ce d'autant qu'au plan psychiatrique, de nouvelles atteintes ont été alléguées. Si le Dr Z. _____ fonde pour l'essentiel la limitation de la capacité de travail de son patient sur des motifs somatiques dans son rapport du 21 mars 2019, en particulier en tant qu'il relève que le patient doit faire face à un effort physique important dans son activité professionnelle, en contact avec la poudre métallique qui pouvait contribuer aux troubles respiratoires et qu'il est limité par ses vertiges, par les troubles respiratoires (dyspnée d'effort) qui limitent l'expression orale et par ses douleurs chroniques avec difficultés pour se déplacer et la nécessité d'aide pour se lever, il a cependant exposé, dans son rapport du 20 août 2020, que le traitement avait permis une amélioration de l'anxiété et une réduction de l'idéation de mort mais que, globalement, son patient restait toujours assez déprimé, ce qui réduisait son fonctionnement de façon significative, même à domicile. Dans la mesure où le dossier est émaillé d'avis de médecins et de spécialistes constatant des signes de Waddell (cf. rapport du Dr K. _____ du 6 octobre 2017 et rapports du Prof. N. _____ des 10 décembre 2018 et 21 mars 2019), une kinésiophobie (cf. rapports du Dr N. _____ des 10 décembre 2018 et 21 mars 2019) une anxiété (cf. rapport du Dr T. _____ du 3 septembre 2018), un syndrome douloureux (cf. rapport du Dr K. _____ du 6 octobre 2017), un état

- 19 - dépressif (cf. rapport du Dr Z. _____ du 26 mars 2019), il ne peut être exclu qu'il existe une atteinte incapacitante au plan psychiatrique. Or, le dossier n'a fait l'objet d'aucune instruction à ce niveau. Certes, les éléments au dossier sont minces, et il n'est pas exclu, comme le relève le SMR dans son avis du 22 septembre 2020 produit en procédure et auquel se réfère l'OAI, que les éléments apportés correspondent au « marasme psycho-social » dans lequel se trouve le recourant. Cette seule affirmation ne libérerait cependant pas l'OAI de son obligation d'instruire.

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'administration est en principe justifié 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'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire – ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué – et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui incombera ainsi de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique au SMR – étant rappelé qu'il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4) ; le cas échéant par une expertise pluridisciplinaire avec, si nécessaire, un

- 20 - volet oto-rhino-laryngologique. L'intimé statuera ensuite à nouveau, étant rappelé que l'assuré est désormais âgé de 62 ans.

E. 8

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. 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. 1 bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe. Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.