

VD_GERICHTE ZD22.045179 vom 4. Dezember 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-12-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.045179

FR: VD_GERICHTE ZD22.045179 du 4 décembre 2023

IT: VD_GERICHTE ZD22.045179 del 4 dicembre 2023

Erwägungen

E. 4

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). b) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

E. 4.4

et les références citées). L'expert était ainsi fondé, sans s'exposer au

- 27 - reproche de prévention ou d'inadéquation, à examiner les déclarations de l'assuré sous cet angle afin d'apprécier le caractère invalidant du trouble psychiatrique. bb) L'expert psychiatre a posé le diagnostic d'autres troubles de l'humeur persistants (F34.8), appréciation diagnostique motivée de manière détaillée. Il a démontré en quoi le status présenté n'était pas constitutif d'une dysthymie, au vu d'une intensité trop faible et d'une durée trop courte, le trouble de l'humeur étant intriqué avec la survenue de pics douloureux, eux-mêmes survenant de manière aléatoire. Le Dr K. _____ a ensuite expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il s'est écarté de l'appréciation des psychiatres traitants, le recourant ayant toujours été autonome dans les activités élémentaires de la vie quotidienne, alors qu'un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien des activités professionnelles, sociales ou ménagères. L'évaluation médicale et médico-assurantielle a examiné les différents indicateurs pertinents conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, soit les critères du traitement et de son suivi éventuel, du contexte social, des ressources mobilisables par la personne assurée, et ainsi, de la cohérence (ch. III.7 a à d, page 45 et ss de l'expertise du W. _____ SA en adéquation avec l'ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). L'examen de ces différents critères a ainsi amené le Dr A. _____ à ne constater aucune entrave à la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique. cc) Le rapport du 5 mai 2022 établi par le [...] ne change en rien l'appréciation développée ci-dessus. En effet, la Dre C. _____, le Dr S. _____ et Mme N. _____ ont uniquement confirmé le diagnostic posé initialement, soit des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel d'intensité moyenne depuis 2002, sans l'étayer, et soutenaient l'existence de limitations fonctionnelles psychiatriques sur la base des déclarations du patient. La capacité est quant à elle fixée à 30% en fonction des indications dirigées figurant dans la question rédigée par le conseil du recourant, et uniquement motivée par des limitations

fonctionnelles

- 28 - physiques. Cette appréciation ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de l'expert A._____. dd) Compte tenu de ce qui précède, répondant ainsi aux réquisits de la jurisprudence, ce volet de l'expertise peut être suivi, pleinement probant, le recourant ne présentant aucune incapacité de travail sur le plan purement psychiatrique. c) Sur le plan rhumatologique, le recourant remet en cause les conclusions de l'expert K._____. Il soutient qu'il existe des erreurs manifestes et aisément décelables dans cette expertise rhumatologique. En premier lieu, il relève que l'expert, se fondant sur des examens effectués auprès de la Clinique de la Source le 6 juillet 2021, a relevé une hyperlordose de 40° alors qu'il s'agissait en réalité du double. Cette erreur, importante, a été totalement ignorée par l'intimé. aa) L'EOS du corps entier du 6 juillet 2021 rapportait, à la suite de l'analyse du Dr Q._____, une cyphose importante au niveau thoracique (70°) avec une hyperlordose lombaire (81°). L'expert a indiqué, probablement par erreur, une amplitude de 40°. On ignore si cette faible mesure a été un élément décisif dans de la réflexion de l'expert. L'examen clinique du rachis effectué à l'occasion de l'expertise a mis en évidence un important trouble statique avec une forte accentuation de la lordose physiologique avec une flèche mesurée à 11 cm au niveau L2-L3. L'expert a qualifié ce trouble statique d'important avant de se prononcer sur la capacité de travail. Il est ainsi possible qu'il n'ait pas retenu la mesure de 40°, qui ne paraît pas correspondre à un trouble important, mais ce n'est pas établi. Pour sa part, le Dr Q._____ a indiqué dans son rapport du 11 avril 2022 que l'hypercyphose associée avec l'hyperlordose à 80° provoquaient des limitations fonctionnelles importantes (limitations du port de charge, les positions en porte-à-faux, les flexions répétées et la position debout) et influaient de manière considérable sur la capacité de travail, cette dernière étant estimée entre 30 et 50%. Compte tenu de ce qui précède, on ignore à ce stade si les conséquences d'une hyperlordose

- 29 - significative ont été correctement prises en compte par l'expert rhumatologue. bb) Le recourant soutient ensuite que c'est à tort que le Dr K._____ a écarté certains diagnostics retenus par ses médecins traitants et qu'il a nié les signes d'un rhumatisme inflammatoire. En l'espèce, l'expert a procédé à un examen clinique et rapporté les plaintes du recourant. Il a pris connaissance et discuté les avis des médecins traitants. Il a expliqué pour quels motifs il n'avait pas retenu la spondylarthrite, ne disposant d'aucun test rhumatismal disponible au dossier, aucune plainte concernant des suees nocturnes, d'uvéite ou encore des tatalgies, seul un dérouillage matinal étant mentionné. Selon le Dr K._____, une atteinte d'allure inflammatoire et ostéoblastique touchant le squelette axial et périphérique ainsi qu'une légère inflammation facettaire postérieure bilatérale en L4-L5 et L5-S1 ne suffisaient pas à retenir une spondylarthrite ankylosante, même associée à un HLA-B27+. Afin d'arriver à une telle conclusion, l'expert s'est appuyé sur les constatations du Prof. G._____, selon lesquelles le diagnostic de spondylarthrite ankylosante serait à mettre en doute (page 63 et ss. de l'expertise). cc) Cette interprétation ne peut être suivie en l'espèce. La Dre R._____, à l'occasion des différents rapports produits tant en procédure administrative que judiciaire, a toujours soutenu la présence d'une spondylarthrite ankylosante (SPA). Elle a motivé de manière circonstanciée la présence de cette pathologie inflammatoire, s'adonnant à une réflexion clinique structurée en utilisant notamment les critères internationaux pertinents (rapport du 2 mai 2022). La présence d'une SPA était ainsi motivée par des rachialgies de rythmicité inflammatoire avec lombopygalgies à bascule, réveils nocturnes assortis d'une considérable raideur matinale,

un terrain HLA-B27 positif, la présence de lésions de sacro-illite à l'IRM des sacro-iliaques ainsi que des enthésites à plusieurs sites. Cette position est partagée par le Prof. G. _____ et le Dr Q. _____. Le Prof. G. _____, et contrairement à l'argumentation l'expert, s'est

- 30 - effectivement rallié à l'appréciation de la Dre R. _____ quant à la présence d'une spondylarthrite ankylosante (SPA) lors de son rapport du

E. 5

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

E. 6

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que,

- 23 - 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 (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 qu'il a recueillies, 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 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont

sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas

- 24 - de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 7

a) En vertu de la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en 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). Cette procédure probatoire a été étendue aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). b) Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et des dépendances doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et références citées). c) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'une dépendance 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). Une

- 25 - fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

E. 8

En l'espèce, le recourant critique la valeur probante de l'expertise du [...]. Selon lui, et au vu des pièces médicales produites, il dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 30%, lui ouvrant ainsi le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

E. 9

En premier lieu, le recourant soutient que la durée des examens, spécialement rhumatologique qui se limitait à cinquante minutes, était trop courte. On relèvera à ce propos que la durée de l'examen ne saurait à elle seule remettre en cause l'entier du travail de l'expert. En effet, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 ; arrêt I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4). On notera à ce propos que l'expert, rhumatologue, mais également les deux autres spécialistes ayant pris part à l'évaluation, ne se sont pas uniquement fondés sur l'examen clinique, mais sur l'ensemble du dossier

médical fourni par l'intimé, pièces qui ont été discutées dans le cadre de l'expertise (voir notamment arrêt I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4, TF 9C_136/2017 du 21 août 2017, consid. 7.2). Ainsi, la durée de l'examen rhumatologique de cinquante minutes ne saurait à elle-seule invalider l'expertise contestée.

E. 10

Dite expertise se compose de trois volets, le premier en médecine interne, établi par la Dre D._____, le second ayant trait à la santé psychique du recourant, analyse réalisée par le Dr A._____ et enfin le volet rhumatologique examiné par le Dr K._____. Les différentes observations réalisées ont été synthétisées à l'occasion d'un volet interdisciplinaire. a) Sur le plan de la médecine interne, les différents diagnostics sont motivés à satisfaction, la Dre D._____ détaillant de

- 26 - manière approfondie les raisons pour lesquelles elle a retenu telle ou telle pathologie en mentionnant également pourquoi elles influent ou non sur la capacité de travail. Ces constatations sont fondées tant sur l'examen clinique que sur les différentes pièces médicales en sa possession. Au terme d'une évaluation médico-assurantielle fouillée et exempte de contradictions, la Dre D._____ est arrivée à la conclusion que le diagnostic de néphrolithiase récidivante, status après lithorite extracorporelle droite du 18 janvier 2021, influençait certes le profil d'effort, mais ne limitait pas la capacité de travail du recourant tant que les limitations fonctionnelles pertinentes sous l'angle de la médecine interne, soit l'interdiction d'exposition à des températures élevées et le libre accès à une hydratation en quantités suffisantes, étaient respectées. Compte tenu qu'aucun élément au dossier ne vient contredire cette appréciation, elle peut être suivie. b) Sur le plan psychiatrique, l'essentiel de l'argumentation du recourant consiste à reprocher à l'expert d'avoir insisté sur la présence de prétendues incohérences, au détriment d'une analyse convaincante du cas. aa) Contrairement à la position du recourant, l'examen de la cohérence est nécessaire, ce dernier constituant un indicateur d'évaluation des capacités fonctionnelles selon le Tribunal fédéral. En effet, une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend ainsi un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi. 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 (ATF 141 V 281 consid.

E. 11

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

E. 12

a) 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 de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe. b) La partie

recourante obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, il y a lieu de lui allouer des dépens, arrêtés en l'occurrence à 3'000 francs, débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD), à la charge de l'intimé. c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19

- 34 - 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 du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). d) Par décision de la juge instructrice du 10 novembre 2022, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 novembre 2022 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Lino Maggioni. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 1er septembre 2023, laquelle fait état d'un total de 25,24 heures de travail fourni. En l'espèce, seules les prestations nécessaires à l'assistance du recourant peuvent être admises. Or, certaines prestations résultant de la liste des opérations paraissent excessives. Tel est le cas des 27 courriels et correspondances adressées au recourant sur une période de 10 mois ; la tenue de trois conférences avec le client pour une durée totale de trois heures trente postérieurement au dépôt du recours et quatre heures trente d'étude du dossier alors que le mandataire représentait déjà le recourant dans le cadre de la procédure administrative. En définitive, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 20 heures, auxquelles doit être appliqué un tarif horaire de 180 francs. S'y ajoute le forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours (art. 3bis al. 1 RAJ). Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Maggioni est arrêté à 4'071 fr. 05, débours et TVA compris. e) Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 1'071 fr. 05 est provisoirement supporté par l'Etat (cf. art. 122 al. 2 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). f) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 1'071 fr. 05 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes d'en fixer les

- 35 - modalités, en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure (art. 5 RAJ).

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