

VD_FINDINFO AI 546/09 - 216/2010 vom 3. Juni 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-06-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_546_09_-_216_2010

FR: VD_FINDINFO AI 546/09 - 216/2010 du 3 juin 2010

IT: VD_FINDINFO AI 546/09 - 216/2010 del 3 giugno 2010

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, PROCÈS ÉQUITABLE, ÉGALITÉ DES ARMES, FORCE PROBANTE | 6 par. 1 CEDH, 29 al. 1 Cst., 29 al. 2 Cst., 28 LAI, 4 LAI, 8 LPGA

Erwägungen

E. 3

juin 2010 _____ Présidence de M. Jomini Juges : MM. Bonard et Jevean, assesseurs Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre : E. _____, à Pully, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat, Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 29 al. 1 et 2 Cst., art. 6 § 1 CEDH; art. 8 LPGA; art. 4 et 28 LAI E n f a i t : A. E. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1960, technicien en biologie de formation, d'origine algérienne et naturalisé suisse en 1998, est établi en Suisse depuis 1988. Il a notamment travaillé dans le domaine de la biologie ainsi qu'en qualité d'aide soignant, de concierge et de chauffeur de taxi. Le 3 juin 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), se prévalant de dépression nerveuse chronique ainsi que de fibromyalgie et faisant valoir un traitement en cours auprès d'un psychiatre. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a requis l'avis du Dr M. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH à Lausanne et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 9 juillet 2008, ce praticien a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et de personnalité à traits paranoïaques, depuis 1986. Attestant d'un traitement ambulatoire par ses soins depuis le 31 août 1998, il a retenu une incapacité de travail dans la dernière activité exercée de 100 % depuis le 13 septembre 2007 pour une durée indéterminée. Dans un milieu protégé, il a retenu une incapacité de travail d'environ 50 %, avec une diminution de rendement. Le Dr M. _____ a également remis un rapport du 22 décembre 1992 du Dr Q. _____, alors chef de clinique adjoint au service de rhumatologie du CHUV, et un résumé d'entretien du 21 décembre 1992 du Dr Y. _____, psychiatre à Lausanne, posant les diagnostics d'état dépressif chronique en partie réactionnel et de discrète périarthrite des épaules prédominant à gauche, respectivement de troubles somatoformes douloureux, de diagnostic différé, de douleurs articulaires et de changement socio-culturel. L'OAI s'est par ailleurs adressé à la Dresse L. _____, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales à Lausanne et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 14 juillet 2008, celle-ci a posé les diagnostics d'état dépressif chronique, de douleurs récidivantes de type somatisation, de scapulalgies bilatérales récidivantes sur tendinopathie de la coiffe, et conflit sous acromial, ainsi que de cervicalgies et lombalgies récidivantes sur troubles statiques et discopathie

C5-C6 et L5-S1. Elle a également décrit les limitations fonctionnelles dans un rapport du même jour et a déposé un rapport d'examen du 22 mai 2008 du Dr V. _____, chirurgien orthopédique FMH à Lausanne, un rapport d'IRM de l'épaule droite du 17 avril 2008 du Dr T. _____, radiologue FMH à Lausanne, et un rapport d'examen de la colonne cervicale du 9 février 1999 du Dr N. _____, radiologue FMH à Lausanne, confirmant et étayant les diagnostics posés. Dans un rapport du 14 juillet 2008 sollicité par l'OAI, le Dr I. _____, médecine générale FMH à Lausanne et médecin traitant de l'assuré depuis 1995, a retenu les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif persistant, depuis 1993, et une incapacité de travail de 100 % depuis le 15 septembre 2007, selon les indications du psychiatre traitant. Il a également décrit les limitations fonctionnelles de l'assuré dans un rapport du 14 juillet 2008. Le 23 juillet 2008, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation n'étaient pas possibles en raison de son état de santé, l'informant que le droit éventuel à des mesures professionnelles et à une rente allait être examiné. Sur demande du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, effectué le 12 août 2008 par les Drs D. _____, médecine physique et rééducation FMH, et F. _____, psychiatre FMH. Dans leur rapport du 1^{er} septembre 2008, ces médecins ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de scapulalgies D sur syndrome d'empiètement de l'épaule et de tendinopathies avec déchirure transfixiante des muscles sus-épineux et sous scapulaires droits. Ils ont retenu une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée et ont indiqué ce qui suit dans l'appréciation du cas: " Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'un assuré âgé de 48 ans, algérien, établi en Suisse depuis 1989. Au bénéfice d'un brevet de technicien supérieur acquis à Alger en 1984, il exerce en Suisse diverses activités professionnelles non-qualifiées alternant avec de longs épisodes de chômage. Il a acquis un certificat en biologie microbienne à l'université de Lausanne. Les diverses activités professionnelles sont régulièrement interrompues dans un contexte conflictuel, notamment par des arrivées tardives matinales ou des charges d'activité non exécutées. Une mise en arrêt de travail est signée par le psychiatre traitant le Dr M. _____ dès le 13.09.2007, alors que l'assuré était en train de suivre des cours prodigués par l'ORP et qu'il a été pénalisé en raison d'un cumul d'arrivées tardives. Sur le plan familial, l'anamnèse est positive pour la dépression et l'épilepsie; un cousin est toxicomane et deux membres de la famille s'isolent socialement. Sur le plan personnel, l'assuré décrit une sensibilité depuis l'enfance face à la souffrance d'autrui, ce qui provoque la survenance de pleurs. Une hospitalisation en milieu psychiatrique a eu lieu en Algérie en 1988 durant 2 ½ mois suite à des pensées suicidaires. Depuis son arrivée en Suisse en 1989, l'assuré est suivi sur le plan psychiatrique d'une manière presque continue. Il n'y a jamais eu de tentamen, ni d'hospitalisation en milieu spécialisé. A l'examen de ce jour, il s'agit d'un assuré de bonne constitution psychique, au contact détendu et agréable. La recherche des éléments dépressifs est très pauvre, surtout sur le plan objectif: il n'y a notamment pas de grave trouble cognitif comme on les voit lors de séquelles de dépressions sévères récurrentes. Sa mémoire est bonne, la concentration et l'attention le sont, d'une manière contrôlable par l'intéressé. Par contre, le contact frappe par une impression de satisfaction dans une existence peu active, avec un accent mis sur certaines difficultés (notamment le fait de devoir se lever tôt le matin pour aller travailler). Le tableau observé est celui d'une dysthymie. La question qui se pose dans ce contexte est l'éventualité d'une rémission momentanée face à un trouble dépressif récurrent qui aurait une composante incapacitante: à ce titre, plusieurs arguments vont en défaveur d'une telle hypothèse: - L'absence de

séquelles cognitives permet d'exclure des antécédents de dépression sévère et durable. - Le fait que l'état de santé s'améliore à l'occasion d'un départ en vacances ou lorsque son épouse est présente pour le soutenir parlent en faveur d'une dysthymie et non d'une dépression figée. - Lorsque l'assuré se voit prescrire un traitement plus puissant que celui qu'il a actuellement (Cipralax® 10 à 20mgr/jour) et qu'on lui propose par exemple une prise d'Efexor®, l'intéressé se plaint d'une polyurie comme effet secondaire. Si l'assuré avait été sévèrement déprimé, il ne se serait pas préoccupé de la fréquence de ses besoins d'aller aux toilettes. - L'assuré est capable de lire les journaux et de vaquer sur Internet, ce qui confirme l'absence d'atteinte cognitive significative. - La pathologie dépressive est classiquement caractérisée par un réveil matinal précoce; le fait que l'assuré peine à se lever le matin est plutôt rassurant. - L'assuré n'a jamais commis de tentamen, ses scénarios suicidaires datent de son existence en Algérie, ils n'ont pas eu de caractère préoccupant (scénarios de se jeter d'une terrasse dont l'assuré savait que la hauteur ne lui permettait pas de décéder). En conséquence, si lorsque l'assuré se trouve en période dépressive il peine à se lever le matin, ses qualifications professionnelles lui permettent d'exercer une activité professionnelle à plein temps (il reconnaît en être capable) à des horaires adaptables, soit dans sa formation (par exemple en tant que représentant), soit dans une activité non-qualifiée comme il en a exercées de nombreuses (on peut mentionner à titre d'exemple des emplois dans des stations-service, la restauration ou comme chauffeur de taxi). Face aux documents médicaux en notre possession, le rapport psychiatrique du Dr M. _____ datant du 09.07.2008 mentionne un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique et personnalité à traits paranoïaques. Il est difficile de s'accorder à un diagnostic d'épisode dépressif sévère lorsqu'il n'y a pas de pensées suicidaires, pas de trouble cognitif et que le traitement mentionné par le psychiatre (Cipralax® 10mg/jour) est aussi léger. Quant au trouble de la personnalité, il n'est en tout cas pas décompensé. Par contre, le résumé psychiatrique du Dr Y. _____ datant du 21.12.1992 mentionne déjà un trouble somatoforme douloureux et inscrit au status l'absence de trouble de la lignée dépressive. Le tableau actuel est tout à fait superposable, l'assuré est subjectivement bien plus souffrant que ce que l'on peut objectiver. Sur le plan somatique : [...] L'examen clinique réalisé au SMR met en évidence un assuré en excellent état général, ne présentant aucune limitation dans les amplitudes articulaires ou de troubles neurologiques décelables. L'examen sur le plan ostéoarticulaire met en évidence une pathologie à caractère inflammatoire chronique touchant l'articulation scapulo-humérale D (syndrome de la coiffe des rotateurs dans un contexte de syndrome de l'empîement associé à des tendinopathies mises en évidence par une IRM de l'épaule D, réalisée le 17.04.2008. L'examen de médecine générale ne met en évidence aucune atteinte à la santé à caractère incapacitant. A signaler l'absence de mise en évidence de signe de non organicité selon Smythe en faveur d'une pathologie de type fibromyalgie. En ce qui concerne les signes de non-organicité selon Waddell, mise en évidence uniquement d'un discours algique chronique sans substrat organique sous-jacent, ni comportement algique en adéquation avec le discours évoqué. Aucun document radiologique n'a été mis à disposition lors de l'examen clinique au SMR. La description radiologique mise à disposition au dossier médical met en évidence des troubles dégénératifs modérés au niveau du rachis cervical associés à une pathologie de la coiffe des rotateurs sous forme de tendinopathies des muscles sous-épineux, sous-scapulaires et le long chef du biceps associées à une probable déchirure transfixiante du muscle sous-épineux. Au vu de la persistance de la symptomatologie algique au niveau de cette épaule et en présence d'une probable déchirure,

une intervention chirurgicale est programmée (vraisemblable arthroscopie de l'épaule avec réparation chirurgicale de la déchirure tendineuse si celle-ci devait se confirmer). En conclusion, nous nous trouvons en présence d'un assuré âgé de 48 ans, au bénéfice d'une formation universitaire en tant que laborantin en biologie, n'exerçant plus d'activité professionnelle selon l'anamnèse fournie depuis 2006. Les dernières activités occupées étaient celles de concierge à 50% et d'ouvrier spécialisé en laboratoire à un taux de 40%. Les atteintes à la santé mises en évidence lors de l'examen clinique de ce jour au SMR confirmées par les documents radiologiques mis à disposition induisent des limitations fonctionnelles essentiellement dans des activités à fortes charges physiques. Les anciennes activités mises en oeuvre par l'assuré sont tout à fait possibles sans perte de rendement malgré les limitations fonctionnelles retenues. L'évaluation de la capacité de travail de l'assuré se base uniquement sur les atteintes à la santé objectives mises en évidence par les examens complémentaires et l'examen clinique réalisé. La composante de non-organicité (amplification des plaintes, discours algique chronique sans substrat) n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail sur le plan somatique. Les limitations fonctionnelles Pas de port de charges supérieures à 10 kg bras tendu à D ou 5 kg coude au corps de façon répétitive à D. Pas d'antépulsion ou d'abduction au-delà de 60° contre résistance de façon répétitive ou occasionnellement au-delà de 90°. Favoriser des postes de travail à position variable, en alternance assis-debout avec possibilité de varier la position assis-debout au minimum 1 x à l'heure. Pas de position statique prolongée du rachis cervical en flexion-extension au-delà de 1 heure, pas de mouvement brusque du rachis cervical, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis lombaire contre résistance à répétition. Sur le plan psychiatrique, il n'y en a aucune qui soit absolue. Si l'assuré peine à se lever le matin, il a les moyens psychiatriques d'exercer une activité professionnelle décalée dans la journée (l'après-midi ou le soir) à plein temps. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? L'assuré a été mis en arrêt de travail total le 13.09.2007 par son psychiatre suite à la répétition d'arrivées tardives lors d'un cours ORP dans lequel il était inscrit. L'intéressé a été questionné face aux motivations des arrivées tardives, il évoque le fait qu'il peine à s'endormir le soir et qu'il n'arrive pas à se réveiller le matin. Ceci n'est pas un argument suffisant pour appuyer un diagnostic de dépression à caractère invalidant. La mise en arrêt de travail n'est pas médicalement justifiée au sens de l'Al. Sur la base de l'examen somatique réalisé ce jour au SMR et du dossier radiologique mis à disposition, aucune atteinte à caractère incapacitant de longue durée n'a été retenue chez cet assuré. Les atteintes à la santé mises en évidence sont à l'origine de limitations fonctionnelles, mais celles-ci sont parfaitement respectables dans les activités réalisées jusqu'à ce jour. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évalué depuis lors? Bien qu'il ne soit pas contesté que l'assuré puisse souffrir de symptomatologie d'ordre dépressif d'intensité fluctuante, l'intensité de celle-ci n'a pas été d'une intensité telle qu'elle aurait justifié une mise en arrêt de travail au long cours. Il n'y a pas à reconnaître de maladie incapacitante chez cet assuré. Concernant la capacité de travail exigible, Elle est totale comme elle l'a toujours été depuis son arrivée en Suisse, soit dans l'activité de biologie microbienne pour laquelle l'assuré détient un certificat comme dans une autre activité. Les atteintes à la santé objectives mises en évidence sur le plan ostéoarticulaire induisent des limitations fonctionnelles. Toute activité professionnelle qui respecte ces limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% sans diminution du rendement. Les différentes activités antérieures de l'assuré (en biologie ou concierge) sont parfaitement réalisables dans le cadre des limitations somatiques imposées

sans diminution de rendement". Dans un rapport du 25 septembre 2008, le Dr C. _____, médecin-chef adjoint au SMR, se référant au rapport précité des Drs D. _____ et F. _____, a retenu les diagnostics de scapulalgies droites et de tendinopathies des sus-épineux et sous scapulaires D, ainsi qu'une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Par projet de décision du 20 janvier 2009, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à des mesures d'ordre professionnel, en raison d'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. B. Le 16 mars 2009, l'assuré a contesté ce préavis, se prévalant en substance d'une capacité de travail nulle sur le plan psychiatrique depuis toujours. Il a déposé un rapport du 3 mars 2009 du Dr M. _____, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, de personnalité à traits paranoïaques ainsi que de troubles somatoformes douloureux, et retenant ce qui suit dans la partie "discussion": "M. E. _____ a vécu son enfance et son adolescence dans un cadre familial où le père a maltraité toute sa famille. Il ne se considère pas comme maltraité malgré le fait qu'il a souvent été battu, menacé de mort, injurié et pris à partie. Ses fugues de la maison étaient des tentatives d'échapper à ce contexte traumatique. La douleur psychique s'est déchargée dans le corps créant des symptômes physique (céphalées, troubles digestifs fonctionnels). M. E. _____ souffre chroniquement de rechutes des états dépressifs manifestes. En traitement psychiatrique depuis environ 30 ans, il a été/est suivi pas des médecins et des spécialistes psychiatres. De nombreux traitements médicamenteux ont été essayés avec un succès partiel. Le Cipralex est le médicament qui semble le mieux lui convenir quant au rapport bénéfices/effets secondaires. Il a été réintroduit à mi-juin 2008 ce qui peut expliquer l'amélioration au niveau clinique pendant les vacances d'été (juste avant l'évaluation à l'office AI). Lors des périodes de rémission partielle plus ou moins longues du trouble dépressif récurrent, les conséquences de sa personnalité à traits paranoïaques l'empêchent de conserver son travail. Malgré son souhait et sa conviction d'avoir une capacité de gain, il n'arrive pas à garder une place de travail en raison des conflits qu'il crée d'une manière non volontaire. La relation conflictuelle avec son père continue à s'exprimer dans toute relation hiérarchique et la moindre confrontation le met sous tension provoquant de fortes angoisses, des fantasmes de violence avec parfois des débordements verbaux. Depuis qu'il est arrivé en Suisse il n'a jamais travaillé plus que quelques mois chez le même employeur. A mon avis M. E. _____ a une incapacité de gain totale depuis de longues années. La date que j'ai mentionnée sur le premier certificat médical correspond au moment où le patient a reconnu son incapacité de travail. C'est toute la difficulté avec des patients qui ne peuvent pas travailler, mais qui estiment pouvoir le faire. En conclusion, les années de suivi psychiatrique de ce patient ont forgé ma conviction de thérapeute que ce patient n'est pas apte à pouvoir assumer et supporter psychiquement une activité professionnelle. M. E. _____ souffre effectivement d'un trouble psychiatrique complexe: trouble dépressif récurrent, personnalité à traits paranoïaques, troubles somatoformes douloureux, comorbidité à l'origine d'une incapacité de gain complète". L'assuré a également déposé un rapport du 3 mars 2009 du Dr M. _____, concernant l'examen SMR du 12 août 2008, ainsi libellé: "Je m'exprime que par rapport à l'examen psychiatrique. D'abord je suis étonné par le nombre d'erreurs, d'omissions et interprétations personnelles de la Dresse F. _____. Je vais souligner juste celles qui posent problème quant à une prise de décision correcte par rapport à l'aptitude de travail de M. E. _____. Dans «l'anamnèse professionnelle», à la page 3/11 au paragraphe 2 le patient m'informe qu'il a travaillé du 14.08 au 29.08.2003 dans l'entreprise J. _____ puis comme ouvrier spécialisé à 45%

(pas à 80%) dans les gymnases de X. _____ à Pully et de W. _____ à Lausanne du 15.09.2003 au 15.02.2004 (pas en 2007). A la même page au paragraphe 3, d'après ses dires les cours financés par l'assurance chômage se déroulaient du 16.07 au 10.08.2007 (pas le 13.09.2007, date du début du certificat médical). Il aurait été licencié des cours le 17.07.2007 (pas le 13.09.2007). «Le 13.09.2007, suite à une nouvelle arrivée tardive, il est pénalisé de 2 heures dans ses cours. Irrité par cette pénalisation, il se rend chez son psychiatre dont il ressort avec arrêt de travail». Cette fausse affirmation, dont je n'étais pas au courant avant la réception du rapport du 12.08.2008, est reprise à la page 8/11 dans «l'appréciation du cas» comme début de l'arrêt maladie. La Dresse F. _____ parle du patient comme s'il entrait en conflit avec son entourage d'une manière consciente et volontaire et non parce que ses conflits sont reliés à sa pathologie. Il chercherait du travail puis ensuite il ne vaudrait plus? Pourtant je l'ai signalé dans mon premier rapport adressé à l'AI, la personnalité à traits paranoïaques est, à mon avis, une pathologie qui ne lui permet pas de garder son travail. Un trouble de la personnalité est quelque chose de constant, une manière de fonctionner. A pas confondre avec une décompensation psychotique. Mon diagnostic pourtant inscrit sur la rubrique «diagnostics avec effets sur la capacité de travail» n'a pas été pris en compte. Aucun des arguments contre un trouble dépressif récurrent ne tient la route, à la page 9/11. Il y a des patients qui récupèrent au niveau cognitif et d'autres pas entre les épisodes dépressifs. L'amélioration de l'état clinique d'août 2007 pourrait s'expliquer par le fait que le traitement de Cipralex réintroduit en juin, met 3 à 4 semaines avant d'agir. Les effets secondaires sont parfois tellement pénibles que des patients arrêtent ou demandent de changer la médication malgré leur souffrance due à la dépression. En plus il y a contradiction entre l'anamnèse, l'examen clinique et les arguments du rapport du 12 août 2008. Les idées suicidaires ont souvent été présentes. Dans le résumé psychiatrique du Dr Y. _____ datant du 21.12.1992 dont j'ai envoyé copie à l'AI, ce médecin parle d'état dépressif et troubles somatoformes douloureux. A la page 9/11, elle utilise un bout de ce rapport pour appuyer la thèse de la dysthymie bien que le Dr Y. _____ parle clairement d'un état dépressif et des troubles somatoformes douloureux. Ca s'appelle sortir l'information de son contexte et déformer son sens [...]". Le cas a une nouvelle fois été soumis au SMR. Dans un rapport du 9 avril 2009, le Dr C. _____ a relevé que les arguments de l'assuré n'étaient pas de nature à modifier sa position, exposant ce qui suit: "Le rapport du Dr M. _____ à Me Agier [mandataire de l'assuré] du 03.03.2009 fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger d'une personnalité à traits paranoïaques et de troubles somatoformes douloureux. L'épisode dépressif actuel léger est basé uniquement sur les déclarations de l'assuré. En effet, dans les constatations objectives rapportées par le Dr M. _____, aucun des symptômes mentionnés n'appartient à la dépression selon les critères des classifications internationales. L'argumentation de la Dresse F. _____ contre un trouble dépressif récurrent n'est absolument pas démentie par les arguments du Dr M. _____. Les traits de personnalité, paranoïaques ou autres, sont un mode de fonctionnement sur le plan psychologique. Les traits de personnalité n'ont pas valeur de maladie. «Traits de personnalité» ne doit pas être confondu avec un «trouble de la personnalité», qui lui reflète un fonctionnement pathologique, et doit répondre à plusieurs critères bien définis qui ne sont pas remplis dans le cas présent (CIM-10: F60). En outre il importe de noter que tous les troubles de la personnalité ne sont obligatoirement pas incapacitants. Les troubles somatoformes regroupent une série d'entités nosologiques ayant en commun des douleurs ou des plaintes somatiques persistantes non entièrement expliquées par un substrat organique et accompagnées d'un sentiment persistant de

détresse. Ces critères ne sont pas remplis dans ce cas puisque les douleurs s'expliquent en partie par les lésions ostéo-articulaires et que la détresse n'est pas objectivée. Les plaintes douloureuses de cet assuré correspondent mieux au diagnostic de «majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques» (F68.0) qu'à des troubles somatoformes. D'ailleurs le Dr M. _____ ne mentionnait pas le diagnostic de troubles somatoformes dans son rapport du 09.07.2008. Par ailleurs, les troubles somatoformes n'ont en règle générale pas valeur de maladie invalidante, sauf dans les cas d'une exceptionnelle gravité définis selon les critères de la jurisprudence et qui ne seraient clairement pas réunis chez cet assuré. Les critiques du Dr M. _____ à l'encontre de l'examen clinique SMR ne portent que sur des questions de détails, en particuliers de dates, sans apporter d'arguments médicaux sur le fond, de nature à jeter le doute sur la pertinence des diagnostics retenus et des conclusions basées sur des constatations médicales objectives. A noter que si l'état de santé s'est amélioré grâce au traitement, comme l'estime le Dr M. _____, nous sommes les premiers à nous en réjouir puisque c'est en effet seulement après mise en place du traitement exigible que nous pouvons légalement déterminer la capacité de travail. Nous avons ainsi la confirmation que nous avons examiné cet assuré dans les meilleures conditions pour évaluer sa capacité de travail. En résumé, on peut retenir que le rapport du Dr M. _____ est le reflet d'une perception légèrement différente d'une même situation, teintée de l'empathie et de la subjectivité du psychiatre traitant et que, même dans cette perspective, aucun des diagnostics évoqués ne justifie une incapacité de travail de longue durée au sens de l'AI [...]". Par décision du 20 octobre 2009, l'OAI a nié à l'assuré le droit à des prestations de l'AI. Se référant à l'examen effectué par le SMR, il a retenu que l'assuré présentait les diagnostics de syndrome d'empiètement de l'épaule droite expliquant les scapulalgies et une déchirure transfixiante des muscles sus-épineux et sous-scapulaire droite, que les limitations fonctionnelles en lien avec ces atteintes étaient compatibles avec l'exercice de l'activité habituelle et d'une activité adaptée, qu'aucune affection invalidante n'avait été constatée sur le plan psychiatrique et que, par conséquent, la capacité de travail avait toujours été entière du point de vue médical tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. C. Par acte du 20 novembre 2009, E. _____ fait recours contre cette décision au Tribunal cantonal et conclut, avec suite de frais et dépens, à titre préalable à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et au fond à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} septembre 2008. En substance, il soutient qu'en présence d'avis médicaux contradictoires la cause ne peut être tranchée sans une expertise. Dans sa réponse du 29 janvier 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. Il fait valoir que le dossier a été instruit à satisfaction, que les divers éléments médicaux en présence ne justifient pas la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et qu'une pleine valeur probante doit être reconnue au rapport d'examen du 1^{er} septembre 2008 effectué par le SMR. Le 10 mars 2010, l'assuré maintient ses conclusions et relève que l'avis de son psychiatre traitant, le Dr M. _____, a sérieusement mis en doute les affirmations du médecin psychiatre de l'AI, la Dresse F. _____, au sujet des diagnostics et de l'incapacité de travail, de sorte qu'une expertise psychiatrique doit être mise en œuvre, sous peine de violer le principe de l'égalité des armes. E n d r o i t : 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de

domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) Se fondant sur une jurisprudence récente (TF 8C_216/2009 du 28 octobre 2009), le recourant soutient que ne pas ordonner d'expertise reviendrait à violer le principe de l'égalité des armes. Il convient d'examiner cette question, préalablement à l'examen au fond du litige. Selon cet arrêt, publié (ATF 135 V 465), même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (consid. 4). Cela n'est pas requis dans le cas présent, dès lors que le recourant ne demande pas précisément l'établissement d'une expertise par un médecin externe à l'assurance, soit au SMR, et que de toute façon on ne voit pas en quoi le rapport établi par les Drs D._____ et F._____ susciterait des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales au point de devoir mettre en œuvre une telle expertise. b) Par ailleurs, le principe de l'égalité des armes, qui découle du droit à un procès équitable ancré aux art. 29 al. 1 Cst. [Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101] et 6 § 1 CEDH [Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, RS 0.101], requiert que chaque partie se voie offrir une possibilité raisonnable de présenter sa cause dans des conditions qui ne la placent pas dans une situation de net désavantage par rapport à son adversaire (TF 9C_191/2008 du 24 novembre 2008 consid. 5.1; TF 1C_273/2008 du

E. 7

a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_818/2008 du 18 juin 2009 consid. 2.2; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2). b) Au vu des considérants qui précèdent, le dossier est complet du point de vue médical pour que la cause soit tranchée, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction réclamée par le recourant visant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

E. 8

Partant, les griefs sont mal fondés et le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision de l'OAI du 20 octobre 2009.

E. 9

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. 1 bis LAI). Ceux-ci doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, ce dernier n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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