

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 273 vom 9. März 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__273

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 273 du 9 mars 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 273 del 9 marzo 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 17 al. 1 LPGA, 87 al. 3 RAI, 87 al. 4 RAI

Erwägungen

E. 4

Plaintes subjectives Depuis plusieurs années, il [l'assuré, réd.] se plaint de polyarthralgie, de cervicalgies, de lombalgies ainsi que de douleurs musculaires. Les douleurs sont continues et l'empêchent de rester longtemps debout ou assis. Il souffre également d'anxiété généralisée et d'une peur d'avoir une maladie grave. Les psychiatres avaient constaté chez [lui] des éléments psychotiques raison pour laquelle un traitement de Zyprexa a été introduit. Il a également été montré aux spécialistes de la douleur à Morges qui lui ont proposé de lui donner de Lyrica 300 2 fois par jour afin de diminuer l'intensité des douleurs chroniques que l'on a considéré comme faisant partie d'un tableau d'un syndrome somatoforme douloureux. Pour les douleurs il prend Aspégic 1000 ou Dafalgan 1000. Les tranquillisants dont Temesta, Xanax sont pris régulièrement de même qu'un anti-dépresseur sous forme de Déroxat 20 associé à Zyprexa 10. Il a été vu par plusieurs spécialistes, des psychiatres et des spécialistes de la douleur et un rhumatologue le Dr X. _____ afin de voir si l'on pouvait influencer favorablement ces douleurs. Malheureusement le traitement s'est soldé par un échec à cause d'une intolérance. Les seuls médicaments qu'il supporte plus ou moins jusqu'à ce jour sont les tranquillisants.

E. 4.1

Diagnostics selon le DSM-IV-TR - Episode dépressif majeur, sévère sans caractéristiques psychotiques, chronique 296.22 - Trouble panique sans agoraphobie 300.01 - Personnalité paranoïaque 301.0 - Trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques 307.80

E. 4.2

Discussion Dans le cas de Monsieur L. _____, il existe une organisation de personnalité bancale avec épuisement des mécanismes de défense au fil des années. Les informations recueillies par le médecin traitant qui connaît ce patient depuis de nombreuses années, ainsi que les renseignements fournis par la fille aînée, font penser que Monsieur L. _____ présente une diminution de ses capacités d'adaptation et d'intégration depuis dix ans environ. Le dysfonctionnement psychique sévère, avec répercussions majeures sur le plan professionnel et social, ainsi que sur le plan de la souffrance subjective, justifie à notre avis un diagnostic de trouble de la personnalité et non pas seulement un diagnostic d'organisation de personnalité. La question des répercussions d'un dysfonctionnement

psychique est déterminante selon la CIM-10 et selon le DSM-IV pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité. Dans le cas de Monsieur L. _____, la froideur affective, l'égoцентриté, l'absence de tissu social et les tendances projectives vont dans le sens d'un trouble de la personnalité antérieur à l'état dépressif. La précarisation de ses mécanismes de défense psychiques a débouché sur des tableaux psychiatriques florides, tels un état dépressif majeur selon le DSM-IV ou des attaques de panique. Le syndrome douloureux est probablement une autre soupape à la tension psychique intense que Monsieur L. _____ n'arrive pas à métaboliser. Actuellement, ce qui est déterminant, c'est la mise en évidence d'une atteinte marquée des fonctions cognitives qui ne rend plus possible aucune intégration professionnelle. Diagnostic principal : Les quatre diagnostics psychiatriques sont déterminants dans l'appréciation de la capacité de travail de cette personne. Diagnostic secondaire : Il n'y a pas de diagnostic secondaire. B. Influence sur la capacité de travail 1. Limitations de la capacité de travail (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés. Au plan physique A déterminer par les médecins somaticiens. Au plan psychique et mental Incapacité de travail complète, tant sous l'angle du fonctionnement psychotique (intolérance au stress, irritabilité, mauvaise gestion des pulsions, faible capacité d'adaptation) que du fait de l'état dépressif cristallisé sur un mode régressé, que sous l'angle neuropsychologique qui met en évidence des limitations sévères de la mémoire, de la concentration et de la fatigabilité. Au plan social Difficultés relationnelles, sociales et difficultés d'intégration impliquant des limitations sévères. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? L'expertisé ne travaille plus depuis quinze ans. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Il n'existe plus aucune capacité de travail résiduelle. Les troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire rendent un processus d'apprentissage illusoire. De plus, il existe une difficulté pratique à exécuter une action difficile à planifier mentalement. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? L'expertisé ne travaille plus depuis quinze ans. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure? Le rendement de l'expertisé est nul (ralentissement psychomoteur et troubles cognitifs). 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? La réalité juridique (Tribunal cantonal des assurances sociales et Tribunal fédéral des assurances) dit que Monsieur L. _____ n'avait pas d'incapacité de travail significative en avril 2000. En l'absence d'activité, il est difficile de définir a posteriori l'évaluation de l'incapacité de travail, incapacité de travail qui s'est sans aucun doute aggravée au fil des ans. Nous n'avons pas de raison de nous écarter des appréciations faites à l'Unité psychiatrique O. _____ et à l'Hôpital A. _____, alors que nous ne pouvons pas partager le point de vue du Dr D. _____ (cf rubrique Remarques ci-dessous). 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Actuellement, la capacité de travail est de toute évidence nulle. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel? L'expertisé présente une faible capacité d'adaptation. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants: Aucunement, cf réponse 2.2 - L'aptitude à s'intégrer dans le tissu social Il existe de fortes limitations. - La mobilisation des ressources existantes Il n'existe plus de ressources mobilisables. Si non, pour quelles raisons? Monsieur L. _____ a épuisé ses ressources et se trouve dans un état dépressif et régressif depuis une dizaine d'années. Sa structuration bancale de la personnalité ne lui

permet pas d'exploiter d'autres ressources personnelles. Les atteintes cognitives barricadent définitivement tout pronostic favorable. 2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Non. L'expertisé ne travaille plus depuis quinze ans. 2.1 Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail). Cette question tombe. Le traitement médical permet tout au plus une stabilisation, mais aucunement une amélioration des défaillances. Divers produits ont été prescrits sans succès, ce qui est habituel dans ce type de problématique où il existe une forte méfiance face à toute intrusion (problématique psychotique paranoïaque, en l'absence de psychose franche). (...) 3 D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'expertisé? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Plus aucune activité lucrative n'est possible. (...) 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure? Le rendement est nul. 3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ? Monsieur L._____ a épuisé ses ressources et se trouve dans un état dépressif et régressif depuis une dizaine d'années au moins. Sa structuration bancale de la personnalité ne lui permet pas d'exploiter d'autres ressources personnelles. Les atteintes cognitives barricadent définitivement tout pronostic favorable. Remarques A notre avis, l'expertise D._____ a sous-estimé les limitations de l'expertisé déjà en 2000. L'expertise de 2008 n'explique pas pourquoi le Dr D._____ s'écarte de l'avis des psychiatres traitants et du médecin traitant si ce n'est qu'il évoque un clivage médical et qu'il affirme que les médecins experts seraient plus objectifs (en réalité il est seul à défendre le point de vue psychiatrique que l'expertisé est apte au travail à 75 %). A notre avis, l'expert D._____ interprète les manifestations comportementales de l'expertisé comme des manifestations manipulatrices, sans faire le lien avec la problématique psychotique paranoïaque qu'il a pourtant bien décrite. Par exemple, les problèmes de compliance, tout comme le caractère orgueilleux et susceptible, la haute estime de soi de l'expertisé (page 8 de son rapport), correspondent précisément à la faille narcissique du paranoïaque et échappent à un contrôle conscient de sa part. Ces traits signifient des dysfonctionnements et des difficultés d'adaptation et d'intégration de ce type de personnalité, ainsi qu'une intolérance au stress. Il s'agit précisément d'une symptomatologie limitant la capacité de travail et non pas de simples traits de caractère déplaisants. Le Dr D._____ n'observe pas les limitations de l'expertisé, alors que ce dernier a pourtant été largement investigué à l'Hôpital A._____ et à l'Unité psychiatrique O._____ et qu'il existe un consensus pour apprécier son incapacité de travail. Notre propre investigation confirme l'analyse des collègues psychiatres de l'Hôpital A._____ et de l'Unité psychiatrique O._____, partagée d'ailleurs par le médecin traitant. Nous ne pouvons pas adhérer aux conclusions du Dr D._____. Celui-ci inverse la relation de cause à effet entre troubles psychiatriques et problèmes économiques et sociaux. De toute évidence, les problèmes de santé psychique étaient antérieurs aux problèmes sociaux et surtout économiques dans le cas de Monsieur L._____. Prôner l'abstinence thérapeutique dans ce cas serait ignorer, par exemple, que le service de protection de la jeunesse a été alerté il y a quelques années et que Monsieur L._____ vit toujours avec sa famille qui subit son état et ses troubles du comportement. Etablir un lien thérapeutique avec ce type de personnalité est toujours difficile, mais l'abstinence thérapeutique nous paraît peu défendable. Relevons enfin que le Dr D._____ avait lui-même proposé un traitement antidépresseur dans le cadre de son expertise 2000, traitement qui est en définitive resté sans effet notable, ce qui n'est pas surprenant vu la pathologie psychiatrique majeure. Actuellement, l'évaluation neuropsychologique que nous

avons demandée met en évidence que le fonctionnement mental de l'expertisé est sévèrement défaillant et ne pourra plus être amélioré." Dupliquant le 20 mai 2010, l'OAI a proposé une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise. Il a produit une analyse de la situation effectuée par le SMR le 18 mai 2010, à laquelle il a déclaré se rallier. Dans cet avis, le Dr S. _____, expert-médical SIM et médecin-chef adjoint, s'est exprimé en ces termes: "Le rapport d'expertise du Dr B. _____ du 01.04.2010 suscite les commentaires suivants: - il s'agit d'une expertise privée, à la demande de l'avocat de l'assuré. - elle est lacunaire sur les points suivants: o Absence de dosages plasmatiques médicamenteux; o Les éléments permettant d'analyser les critères de gravité du syndrome douloureux somatoforme selon la jurisprudence ne sont pas retrouvés dans l'expertise, hormis la mention de l'absence de vie sociale hors de la famille nucléaire. - l'expert ne fait pas preuve de recul par rapport aux éléments anamnestiques; au contraire, il les valide par des hétéro-anamnèses partiales (fille de l'assuré, médecins traitants de l'assuré). - le ralentissement psychomoteur constaté est mis sur le compte d'un épisode dépressif sévère. Or, les effets psychotropes d'une consommation importante de benzodiazépines (Xanax 4mg/j et Temesta

E. 5

Constatations objectives M. L. _____ est un homme de 45 ans, faisant son âge, à la tenue et à l'hygiène soignées, il est vigilant et orienté dans tous les modes. Il ne présente pas de troubles attentionnels et mnésiques. Les capacités intellectuelles semblent normales, le patient faisant preuve d'une bonne expression verbale en français. Il se montre méfiant dans le contact, manifestant des craintes que les renseignements qu'il nous fournit ne se retournent contre lui. Il manifeste un état d'irritabilité, généralement modéré mais pouvant rapidement devenir massif, qu'il se force à contrôler en permanence. On peut cependant craindre par moment des comportements violents. La thymie est légèrement à modérément abaissée, de manière certainement réactionnelle à sa symptomatologie douloureuse et aux difficultés socio-économiques. Les épisodes d'anxiété paroxystiques sont fréquents (plusieurs fois par semaine à domicile mais également durant les entretiens), sous la forme d'une oppression thoracique et d'une sensation de dyspnée, parfois accompagnée d'un sentiment de mort imminente. Au niveau de la pensée, on est frappé par un certain rétrécissement du champ de la pensée à la problématique douloureuse qui envahit complètement l'espace des entretiens médicaux. La symptomatologie douloureuse est variable dans son intensité et sa localisation, actuellement sans intervalle libre. Elle reste interprétée par le patient comme la conséquence d'une atteinte somatique. Au niveau du contenu de la pensée, le patient nie toute hallucination, mais présente fréquemment des idées délirantes hypocondriaques, associées à des angoisses de mort et de morcellement. Le patient nie la présence d'idée suicidaire, mais présente des pensées à contenu hétéro-agressif vis-à-vis de sa famille proche. M. L. _____ présente des troubles du sommeil en rapport avec la symptomatologie douloureuse, ainsi qu'une diminution de l'appétit et des nausées fréquentes. Pour faire face à ses symptômes, il présente une nette tendance aux abus de benzodiazépines. Il nie par ailleurs toute consommation d'alcool ou d'autre substance psycho-active. (...) En conclusion, M. L. _____ présente un syndrome douloureux somatoforme persistant qui s'est péjoré par rapport au rapport médical que nous avons effectué en 1997. Nous considérons en effet, que l'intensité de la symptomatologie douloureuse, qui n'a pas pu être stabilisée malgré les multiples essais thérapeutiques (cf. anamnèse), constitue une invalidité permanente, à notre avis insurmontable pour le patient en regard d'une personnalité psychotique mal structurée et d'un mode de pensées rigidifié.

Au fil du temps, M. L. _____ s'est focalisé de plus en plus sur les symptômes de sa maladie – restant peu accessible à la notion d'un trouble psychique –, et ne compte plus aucun repère dans sa vie quotidienne. Il n'est pas en mesure de comprendre les enjeux de sa situation personnelle et d'assumer les responsabilités, notamment familiales, de la vie quotidienne. En conséquence, nous estimons que M. L. _____ présente une maladie invalidante, et estimons sa capacité de gain comme nulle". Dans un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) du 24 octobre 2006, la Dresse K. _____, spécialiste FMH en médecine interne, s'est exprimée en ces termes: "Il s'agit d'un assuré de 45 ans, marié, originaire de la République de Yougoslavie, qui demande une rente pour la deuxième fois. La première demande de rente avait été refusée en avril 2001, malgré une instruction complémentaire sous forme de deux expertises rhumatologique et psychiatrique demandée par le TCA sur opposition. Cette décision de refus de rente avait été confirmée par le TFA en mai 2003. L'expertise psychiatrique du Dr D. _____ de juin 2000 ne retenait qu'une diminution maximale de la CT [capacité de travail, réd.] de 25% pour les diagnostics de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, d'intensité légère à moyenne, en présence d'une personnalité à traits évitants. Le diagnostic du psychiatre-traitant de personnalité à structure psychotique n'avait pas été retenu par l'expert. L'expertise rhumatologique mettait en évidence des cervicodorsolombalgies chroniques sur discrets troubles statiques et dégénératifs en présence de séquelles de maladie de Scheuermann permettant une activité adaptée à 100%, comme l'activité habituelle d'ouvrier d'usine, en observant les limitations fonctionnelles: éviter le port de lourdes charges, sans travail en porte-à-faux et avec possibilité de changer de position. Lors de cette nouvelle demande, les médecins-traitants parlent d'une aggravation de l'état de santé. Le psychiatre avance le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant et de personnalité psychotique mal structurée à traits caractériels et paranoïaque, nous ne pouvons retenir la date de 1994 comme début de ce trouble, vu l'expertise du Dr D. _____ qui ne retenait pas ces diagnostics en 2000. Il existe un retrait social, les douleurs ont augmenté et il serait apparu un comportement violent. Il n'y a pas de nouveaux diagnostics somatiques. Dans ce contexte, il faut demander, après discussion de ce dossier avec le Dr E. _____, psychiatre au SMR, un complément d'expertise psychiatrique". Une scintigraphie osseuse a été réalisée le 10 juillet 2007 par l'Institut d'imagerie diagnostique [...], d'où il ressort une polyarthralgie résistante au traitement anti-inflammatoire. L'examen a été réalisé en corps entier, aux temps précoce et tardif. Aucune anomalie significative n'est retrouvée au temps précoce. Au temps tardif, une fixation symétrique et modérée des petites articulations notamment au niveau des mains et des poignets non évocatrice d'atteinte articulaire inflammatoire évolutive est retrouvée. L'OAI a mandaté le Dr D. _____ en vue de réaliser une expertise psychiatrique complémentaire de l'assuré. Dans son rapport du 13 mars 2008, l'expert a notamment constaté ce qui suit: " 3. CONSTATATIONS OBJECTIVES 3.1 EXAMEN CLINIQUE DU 17 JUILLET 2007 M. L. _____ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Il est venu accompagné de son beau-fils. A la salle d'attente, l'assuré est couché sur un canapé, les deux mains derrière la tête, mais se lève sans difficulté par une flexion du tronc et se déplace sans limitation pour venir à notre bureau. M. L. _____ ne paraît pas dolent, ni limité dans ses mouvements. Il s'agit d'un homme de corpulence plutôt athlétique, bronzé, les cheveux courts, à l'aspect hygiénico-vestimentaire tout à fait conservé. Le visage est plutôt abattu, le discours est désabusé. Il est centré tout à la fois sur ses douleurs mais aussi de sentiments de «revendication», de préjudice vis-à-vis de son surinvestissement

professionnel en Suisse dès 1981: il se plaint du fait que ses douleurs ne seraient pas reconnues, que l'OAI ne prendrait pas en cause ses problèmes physiques. A plusieurs reprises, M. L. _____ exprime des critiques à peine voilées à l'égard de l'expert et des institutions sociales en général. M. L. _____ ne présente pas de foctor éthylique. Il est vigile, orienté aux trois modes. L'examen neuropsychologique grossier est parfaitement dans les normes. L'assuré s'exprime relativement bien en français. Il s'agit d'un homme intelligent. Jugement et raisonnement sont conservés. Le tableau clinique est essentiellement dominé par une symptomatologie somato-psychique caractérisée par des douleurs multiples, ubiquitaires concernant différentes articulations surtout des lombalgies, cervicalgies, etc ... tensions musculaires avec parfois des troubles digestifs d'allure fonctionnelle. Ceci accompagné d'une fatigabilité significativement invalidante. Au niveau psychique, M. L. _____ se sent tendu, irritable. Il décrit une légère baisse de la motivation, pessimiste face à l'avenir. L'assuré se plaint d'importants troubles du sommeil qu'il attribue en grande partie à ses douleurs. Celui-ci serait peu réparateur. Sinon, une à deux fois par semaine l'assuré peut présenter des épisodes de bouffées anxieuses avec sentiment d'oppression thoracique, difficultés respiratoires, tachycardie répondant partiellement à la prise de Temesta. 4. DIAGNOSTIC (...) Axe I Trouble somatoforme douloureux (névrose de rente) Attaques de panique actuellement paucisymptomatiques Axe II Personnalité du registre paranoïaque (...) Axe IV Difficultés socio-économiques; familiales; autres (?) (...)

E. 6

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

E. 7

a) Il résulte de ce qui précède que 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 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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