

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 519 vom 23. Juli 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-07-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_519](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__519)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 519 du 23 juillet 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 519 del 23 luglio 2015

### **Regeste**

ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, CARCINOME, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, DÉCISION DE RENVOI | 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 44 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Des mesures de réadaptation professionnelle sont parfaitement envisageables sur le plan médico-théorique, sous un angle psychiatrique. Toutefois, l'assuré s'estime lui-même incapable de suivre de telles mesures. Sur le plan psychiatrique, ce fait s'explique par la présence d'un trouble apparenté aux troubles somatoformes, qui se traduit par un comportement empêchant la mobilisation des ressources existantes et l'adaptation à un rythme de travail, et limitant l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social.

#### **E. 2**

Non, des mesures médicales, des moyens auxiliaires ou une adaptation du poste de travail ne permettront pas d'améliorer la capacité de travail dans le poste de concierge professionnel occupé précédemment.

#### **E. 3**

a) Un assuré a droit à une rente AI, entre autres conditions, s'il présente un taux d'invalidité de 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c et al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité d'une personne qui aurait exercé sans atteinte à la santé une activité lucrative à plein temps, le revenu que cette personne aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité

qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). b) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF [Tribunal fédéral] 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si l'administration estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, elle doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité est encore raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux importants 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 de 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 d'un rapport médical, 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\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels susmentionnés (ATF 125 V 351 consid. 3a). A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la

jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2 ; I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.3). Si le juge entend s'écarter d'une expertise, il doit motiver sa décision et il ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de tomber dans l'arbitraire (TFA I 64/05 du 19 septembre 2005 consid. 3.2). Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de procéder à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in: SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd. 2009, n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA ; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.2). d) Puisque le présent litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente limitée dans le temps, il convient de rappeler les principes jurisprudentiels en la matière. Les règles et principes jurisprudentiels sur la révision du droit à une rente d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.5; voir également ATF 133 V 545) sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression de cette rente (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C\_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.1). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 ; ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b et les références ; TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, 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]). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF

9C\_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 et la référence).

#### E. 4

En l'espèce, l'office intimé considère que l'expertise réalisée par le Dr F.\_\_\_\_\_ satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Dès lors, il s'est fondé en particulier sur les conclusions de ce médecin pour supprimer avec effet au 31 juillet 2012 la rente entière d'invalidité servie au recourant depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2011. S.\_\_\_\_\_ conteste la valeur probante de l'expertise susmentionnée en faisant valoir que ses conclusions sont insuffisamment motivées et, partant, peu convaincantes. a) Si on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il prétend que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'explique pas pour quel motif il a posé le diagnostic de trouble somatoforme, dans la mesure où cette atteinte, comme l'explique le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans son avis du 2 avril 2014, n'a pas été retenue par l'expert, force est toutefois de constater que son appréciation n'est pas exempte de toute critique, même s'il faut admettre que son rapport est en partie bien motivé. Dans son rapport du 3 octobre 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de neurasthénie (F 48.0) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F 68.0), existant toutes deux depuis 2011 selon lui. Il explique que ce dernier diagnostic peut être retenu sur la base de la présence de symptômes physiques compatibles avec – et initialement dus à – un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique, ainsi que de la présence d'une insatisfaction relative aux résultats du traitement ou des investigations et d'une déception quant à la qualité des soins médicaux (telle qu'elle est perçue). De même, il existerait un sentiment de détresse et une peur, compréhensible, d'une aggravation ou d'une récurrence. Quant au tableau d'asthénie profonde, tant physique que psychique, il représente bien, selon l'expert, une neurasthénie. Il ajoute que les deux types de neurasthénie classiquement décrits, à savoir celle impliquant une fatigabilité mentale et celle se caractérisant par une faiblesse corporelle, sont présentes chez l'assuré. Néanmoins, on peine à comprendre la motivation ayant présidé à la fixation des diagnostics retenus, lorsque le Dr F.\_\_\_\_\_ écrit ce qui suit : « Nos diagnostics peuvent paraître incongrus et difficiles à soutenir, dès lors que l'ensemble des faits à considérer surviennent dans le cadre d'une maladie cancéreuse bien réelle (et aggravée encore, dans le cas de l'assuré, par des complications psychosociales qui peuvent être difficiles « à digérer » pour tout un chacun). Nous nous y tenons cependant sur le plan médico-théorique (cf. l'ensemble des données cliniques). » De tels propos jettent un sérieux doute sur la pertinence des diagnostics posés, dont on relèvera au demeurant qu'ils sont discutés dans le paragraphe consacré au trouble somatoforme, lequel, comme relevé ci-avant, est finalement écarté par l'expert. b) S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, l'expert Dr F.\_\_\_\_\_ écrit que celle-ci est de 100% depuis le 26 septembre 2011 ou au moins depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012 (cf. p. 20 du rapport d'expertise). Quelques lignes plus bas, il écrit que la capacité de travail est de « 100% depuis le 26 septembre 2012 ou au moins depuis le 1<sup>er</sup> mai 2005, sur le plan médico-théorique ». Finalement, en réponse aux questions posées par l'administration, il déclare que « pour la période jusqu'au 25 septembre 2011, ou au plus jusqu'au 30 avril 2013, on peut admettre que les causes amenant une incapacité de travail de 100% depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010 étaient en partie psychiatriques (état dépressif réactionnel). » Si l'on peut à la rigueur admettre la présence d'une erreur de retranscription dans la saisie du texte dactylographié, force est de remarquer qu'elles excèdent ici ce nombre, ce qui rend peu intelligible l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ quant à la période précise au cours de laquelle le recourant a présenté une capacité, respectivement une incapacité de travail. Au vrai, l'expert ne

fournit aucune explication à propos de ces différences, ce qui ne contribue pas à lever l'incertitude qui subsiste sur ce point. A cela s'ajoute que, en se déterminant au sujet de la position de la Dresse U. \_\_\_\_\_, le Dr F. \_\_\_\_\_ s'exprime en ces termes (cf. p. 21 du rapport d'expertise) : « Mais nous relevons que les raisons qui fondent son évaluation sont à la fois physiques et psychiques, alors nous nous limitons à considérer les éventuelles limitations fonctionnelles psychiques à l'aune des critères actuels. » Ce faisant, l'expert laisse entendre que s'il avait dû retenir également des problèmes physiques – comme l'aurait fait à son avis la Dresse U. \_\_\_\_\_ – et non pas seulement psychiques, une autre appréciation de la capacité de travail aurait pu se justifier. Des éléments qui précèdent, il ressort que l'estimation de la capacité de travail faite par le Dr F. \_\_\_\_\_, d'une part, repose sur des indications confuses et, d'autre part, pourrait faire l'objet d'une nouvelle évaluation si des troubles physiques étaient pris en considération. Dans ces conditions, il apparaît que l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail de l'assuré n'est pas de nature à emporter la conviction. c) Cela étant, le Dr F. \_\_\_\_\_ relève qu'au plan psychique et mental, il n'existe pas de limitation qualitative et quantitative en rapport avec un trouble pouvant avoir valeur de maladie invalidante. Son appréciation diverge ainsi de celle de la Dresse U. \_\_\_\_\_ quant à la sévérité des troubles psychiques présentés lesquels, d'un point de vue médico-théorique, font selon cette dernière obstacle à toute capacité résiduelle de travail, depuis le 1<sup>er</sup> août 2012 à tout le moins. Toutefois, tant l'expert Dr F. \_\_\_\_\_ que la psychiatre traitante conviennent que le recourant présente des problèmes psychiques depuis le début de l'âge adulte. A cet égard, la Dresse U. \_\_\_\_\_ diagnostique dans son rapport du 23 avril 2012 un trouble de la personnalité non spécifié avec des traits paranoïaques (F 60.9) existant depuis cette période. Le 27 mars 2013, elle diagnostique une personnalité paranoïaque (F 60.0) apparue au début de l'âge adulte. De même, l'expert note que les traits de personnalité problématiques sont présents depuis le début de l'âge adulte (cf. p. 19 du rapport d'expertise). Ils n'ont toutefois pas empêché le recourant de travailler même si le Dr F. \_\_\_\_\_ laisse entendre l'existence de difficultés relationnelles dans le cadre de son activité professionnelle, imputables à des troubles affectant la personnalité et le comportement. Il s'ensuit que l'on ne peut pas se fonder uniquement sur les troubles psychiques présentés par l'assuré pour retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une éventuelle incapacité de travail. Dans ce sens, on rappellera que le Dr F. \_\_\_\_\_ n'écarte pas l'hypothèse d'une remise en cause de son appréciation de la capacité de travail si des éléments physiques étaient pris en considération. Il observe en effet que la situation de l'assuré révèle « un télescopage entre les plans physique, psychique et psychosocial ». En l'occurrence, la Dresse U. \_\_\_\_\_ fait en particulier allusion aux difficultés rencontrées par l'assuré en ce qui concerne sa situation matérielle et le soutien dont lui-même et son épouse font l'objet de la part des services sociaux. Les facteurs psycho-sociaux ne relèvent toutefois pas de l'assurance-invalidité (cf. TF 9C\_700/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.2.4.3 et la référence). Ensuite, même si la Dresse U. \_\_\_\_\_ ne pose pas de diagnostic somatique (hormis celui de carcinome épidermoïde de l'amygdale droite), elle retient notamment à titre de restrictions physiques des douleurs cervicales consécutives à la radiothérapie entraînant une rigidité des épaules et de la nuque (cf. rapports du 23 avril 2012 et du 27 mars 2013). Sur le plan physique, il y a toutefois un élément dont font état tous les médecins ayant examiné l'assuré, c'est celui d'une fatigue, respectivement d'une asthénie. Si seul le Dr D. \_\_\_\_\_ retient cette dernière à titre de diagnostic affectant la capacité de travail (cf. rapport du 14 décembre 2011), les Drs B. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ en soulignent l'incidence sur

l'aptitude de l'assuré à exercer une activité professionnelle. Quant à la Dresse K. \_\_\_\_\_, elle relève également une fatigue importante (« fatigue ++ ») même si elle laisse au Dr D. \_\_\_\_\_ le soin de se prononcer sur l'incapacité de travail (cf. rapport du 20 décembre 2011). De leur côté, tant la Dresse U. \_\_\_\_\_ que le Dr F. \_\_\_\_\_ mentionnent également une fatigue et une asthénie. Parmi les praticiens prénommés, seuls les Drs K. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ne lui attribuent pas expressément d'impact sur la capacité de travail. Leur avis respectif doit cependant être relativisé, dans la mesure où la Dresse K. \_\_\_\_\_ renvoie à l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ sur ce point. Quant à l'expert Dr F. \_\_\_\_\_, il n'exclut pas que des facteurs somatiques puissent remettre en question son évaluation de la capacité de travail. Le fait que l'existence d'une fatigue et/ou d'une asthénie ait fait l'objet d'un consensus parmi le corps médical peut expliquer que l'office AI ait admis qu'elle puisse figurer au nombre des limitations fonctionnelles entrant en ligne de compte dans la détermination d'une activité exigible. Mais on peine à comprendre dans quelle mesure cette fatigue est alors susceptible de constituer une limitation fonctionnelle puisque l'intimé retient par ailleurs une capacité de travail entière sans perte de rendement.

d) Il est constant que l'assuré a souffert d'un carcinome épidermoïde de l'amygdale droite, lequel a eu des répercussions sur son état de santé psychique puisque c'est dans ce contexte qu'il a été amené à consulter dès le 4 décembre 2011 la Dresse U. \_\_\_\_\_. Il est en outre notoire que la plupart des patients atteints d'un cancer souffre d'une fatigue causée par les différentes mesures thérapeutiques auxquelles le traitement de la maladie les expose (cf. ATF 139 V 346 consid. 3.2). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral explique que les principes concernant le caractère surmontable de la douleur au sens de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, exposée à l'arrêt ATF 130 V 352, ne sont pas applicables par analogie pour trancher la question des effets invalidants d'une fatigue liée à un cancer (« cancer-related fatigue »). En d'autres termes, une valeur incapacitante peut, à certaines conditions, être reconnue à cette dernière. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'une telle fatigue perdure même si le Tribunal fédéral a admis que, dans 30 à 40% des cas, elle pouvait subsister encore un certain temps après la fin de la thérapie (cf. ATF 139 V 346 consid. 3.3). Il a ainsi admis qu'elle pouvait avoir disparu, lorsque des éléments cliniques susceptibles de l'attester font défaut (cf. TF 9C\_122/2014 du 11 septembre 2014 et 8C\_909/2013 du 14 juillet 2014). Dans le cas présent, on constate que la question d'une fatigue liée au cancer n'a pas été spécifiquement analysée. On ignore donc si l'assuré présente toujours un tel trouble et, le cas échéant, s'il est de nature à influencer sa capacité de travail. C'est le lieu de rappeler ici que les médecins du Service d'ORL de l'Hôpital M. \_\_\_\_\_ ont renvoyé l'intimé à l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ (cf. le rapport du 4 octobre 2011 de la Dresse X. \_\_\_\_\_ et celui du 20 décembre 2011 de la Dresse K. \_\_\_\_\_). Ceci s'explique peut-être par le fait que l'assuré présentait des troubles de la sphère psychique (toutes deux évoquent du reste la présence d'une détresse psychologique) et qu'il n'était alors suivi que de manière épisodique au sein du service précité. Quoi qu'il en soit, le Dr D. \_\_\_\_\_ avait estimé, dans un premier temps, que la reprise d'une activité professionnelle était envisageable (cf. rapport du 16 février 2011) avant de se raviser et d'exclure toute capacité de travail en raison des troubles psychiques présentés (cf. rapport du 14 décembre 2011). Il n'a par la suite plus été sollicité, seule la Dresse U. \_\_\_\_\_ ayant été interpellée à ce sujet par l'office intimé. Celui-ci a commencé par suivre l'appréciation de la psychiatre traitante s'agissant de la capacité de travail du recourant. Il a en effet proposé, par l'intermédiaire de l'avis de son SMR du 7 septembre 2012, d'attendre le mois de février 2013 avant de réévaluer la situation, au motif que l'état de santé de

l'intéressé n'était pas stabilisé. Il s'en est par la suite écarté pour lui reconnaître une capacité de travail entière à compter du 1<sup>er</sup> mai 2012. Un tel revirement ne peut s'expliquer que par les conclusions de l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_, dont les faiblesses ont été mises en évidence ci-avant (cf. consid. 4a, 4b et 4c supra). En tout état de cause, l'appréciation – fondée sur une motivation on ne peut plus succincte – de l'office intimé ne saurait emporter la conviction, faute de reposer sur des éléments suffisamment étayés. e) En résumé, il résulte des considérants qui précèdent qu'il ne saurait être accordé de valeur probante à l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ et que l'instruction à laquelle a procédé l'office intimé est incomplète, dans la mesure où le dossier tel que constitué ne contient aucune analyse médicale de la fatigabilité, respectivement de l'asthénie, présentée par le recourant.

## **E. 5**

Ainsi, en présence d'une instruction lacunaire et non d'un seul conflit d'avis médicaux – au demeurant dénués de valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée plus haut (cf. consid. 3c supra) – imposant une surexpertise, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il fasse effectuer, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGa comprenant à tout le moins un examen de médecine interne et un volet psychiatrique, voire oncologique, rhumatologique ou autre, une nouvelle évaluation de la capacité de travail et du rendement exigible du recourant dans ses activités habituelles de chauffeur-livreur et de concierge ainsi que dans une activité adaptée, à l'aune des affections constatées et des limitations qu'elles entraînent. On ajoutera que le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration était en principe possible 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 (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence ; TF 8C\_932/2014 du 13 avril 2015 consid. 3.2). En outre, selon les constatations au sujet de la capacité de travail et de gain dans l'activité habituelle, l'intimé devra évaluer la capacité de travail et de gain dans des activités adaptées afin de déterminer le taux d'invalidité conformément à l'art. 16 LPGa. Au cas où les experts envisageraient les diagnostics de troubles somatoformes douloureux ou d'autres affections assimilées, il est retenu ce qui suit : Selon une toute récente jurisprudence modifiant explicitement la précédente, il est renoncé à la présomption du caractère surmontable de la douleur (TF 9C\_492/2014 du 3 juin 2015, destiné à la publication aux ATF ; commenté par Thomas Gächter/Michael E. Meier, *Schmerzrechtsprechung 2.0*, Jusletter du 29 juin 2015). Désormais, le Tribunal fédéral exige une procédure d'établissement des faits structurée. La capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. TF cité consid. 3.6 et 4 pour le catalogue d'indices). Eu égard aux indices retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les fonctions de sa vie quotidienne. La phase diagnostic devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle

essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Le Tribunal fédéral a invité les Sociétés médicales à reformuler ses lignes directrices et recommandations pour les expertises médicales afin de concrétiser les indices qu'il a retenus. Selon la Haute Cour, on trouve de telles directives depuis longtemps en Allemagne (TF cité consid. 5.1.2). Le Tribunal fédéral a néanmoins relevé que cette nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence légale selon laquelle il ne saurait y avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De plus, même si des motifs psychosociaux – tels que l'intégration en Suisse – peuvent dans une certaine mesure jouer un rôle dans l'appréciation globale, une invalidité de travail ne saurait toujours pas être basée sur de tels motifs en soi (TF cité consid. 3.7.1 et 4.3.3 avec renvoi à l'ATF 127 V 294 consid. 5a).

#### **E. 6**

En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 4 juillet 2014, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

#### **E. 7**

Ayant procédé par l'intermédiaire d'une avocate du Service juridique de Procap, qui peut se voir accorder des dépens, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu notamment de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'400 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD) lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

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