

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 683 vom 23. September 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-09-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__683

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 683 du 23 septembre 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 683 del 23 settembre 2016

Regeste

NOUVELLE DEMANDE | 17 LAI, 28 LAI, 4 LAI, 7 LPG, 8 LPG, 87 RAI

Erwägungen

E. 29

novembre 2013 et 6 janvier 2014), qu'ils ont non seulement intégrées à leur évaluation, mais auxquelles ils se sont de surcroît ralliés s'agissant tant des conséquences de la maladie de Dupuytren (Prof. O. _____) que de l'origine tensionnelle des céphalées (Prof. P. _____). S'ils se sont certes écartés de l'avis du Prof. P. _____ attribuant un caractère incapacitant aux céphalées de l'assuré (cf. rapport du 6 janvier 2014), il reste que ce médecin n'a à aucun moment motivé son opinion sur la question et que l'on ne voit pas, dès lors, en quoi son point de vue devrait l'emporter sur celui, mieux explicité, des spécialistes de la Clinique F. _____. Ainsi, rien ne permet au final de considérer que les éléments mis en avant par les Prof. P. _____ et O. _____ n'auraient pas été examinés à leur juste valeur par les experts. Le même constat s'impose s'agissant des rapports de l'Hôpital I. _____ du 29 septembre 2014 et du Dr M. _____ du 9 octobre 2014, concernant l'hospitalisation intervenue le 29 septembre 2014 pour un épisode de décompensation hépatique des suites de la cirrhose d'origine éthylique contractée par l'assuré. Le contenu de ces documents se trouve en effet résumé dans le rapport d'expertise (cf. spéc. p. 13) et rien ne démontre que les experts n'en auraient pas saisi la portée, en particulier en niant le caractère incapacitant des troubles constatés sur ce plan (cf. notamment pp 12 et 15). En ce qui concerne les nombreux rapports établis par le Dr R. _____ entre novembre 2013 et octobre 2015, la Cour de céans observe que ces comptes-rendus portent avant tout sur le tableau symptomatologique de l'assuré, tel qu'il ressort également des autres pièces au dossier et en particulier du rapport d'expertise du 9 février 2015. Si, sur cette base, le médecin traitant a défendu sa propre appréciation du cas en faveur d'une exigibilité nulle dans toute activité, il n'a cependant pas mis en lumière d'éléments médicaux concrets qu'auraient négligés les experts de la Clinique F. _____. A la lecture des rapports du Dr R. _____, on ne relève notamment aucun indice pertinent montrant que les experts de la Clinique F. _____ auraient évalué de manière inexacte l'étendue des limitations fonctionnelles induites par la maladie de Dupuytren. De même, le Dr R. _____ a certes affirmé que la reprise d'une quelconque activité professionnelle était exclue du fait d'une asthénie intense liée à la cirrhose de l'assuré (cf. rapport du 29 octobre 2015 p. 2), mais il n'a cependant pas motivé cette assertion s'agissant tant de l'existence d'une telle atteinte que de sa nature incapacitante ; ses allégations ne sauraient donc être suivies, sauf à admettre, de manière totalement schématique et contraire aux principes de base régissant l'octroi de prestations AI, que l'existence d'une cirrhose éthylique de type Child A serait automatiquement synonyme d'asthénie intense entraînant

une entière incapacité de travail dans tout domaine que ce soit. Le Dr R. _____ a également mis en avant l'existence d'une obésité avec un IMC à 35 kg/m², venant compliquer le tableau somatique (cf. rapport du 29 octobre 2015 p. 2). Ce facteur n'a toutefois pas été ignoré par les experts de la Clinique F. _____, qui ont relevé que l'assuré – à l'époque avec un IMC de 34,4 kg/m² – était modérément obèse (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 p. 10) mais n'ont toutefois pas vu là d'élément influant sur la capacité de travail. De fait, la jurisprudence considère que l'obésité n'est pas en soi constitutive d'invalidité, celle-ci ne pouvant être admise que si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé (cf. TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.3 et 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.1 ; cf. TFA I 583/82 du 17 octobre 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 359) – ce que rien ne permet d'établir en l'occurrence, y compris du point de vue psychique (cf. consid. 5b/bb infra). Si le Dr R. _____ a de surcroît évoqué des cervico-brachialgies et des lombalgies à l'automne 2014 (cf. rapport du 10 octobre 2014 p. 3 ch. 7), on relève qu'il n'en a plus fait état par la suite et que les experts de la Clinique F. _____ n'ont, quant à eux, rien relevé de significatif à ce niveau. Dans ces conditions, on ne voit donc pas en quoi l'avis du Dr R. _____ devrait l'emporter, du point de vue physique, sur les conclusions de la Clinique F. _____. Finalement, on relèvera encore que les atteintes somatiques mentionnées par la Dresse Q. _____ dans son rapport du 29 juin 2015 étaient déjà connues des experts de la Clinique F. _____ et que les conclusions figurant dans le rapport du radiologue ZZ. _____ du 30 juin 2015 n'apportent, elles non plus, aucun élément nouveau pour l'évaluation du cas – comme l'a relevé le SMR (cf. avis des Drs W. _____ et E. _____ du 30 novembre 2015). ccc) Cela étant, il y a donc lieu de s'en tenir à l'appréciation des experts de la Clinique F. _____ sur le plan strictement somatique. Celle-ci témoignant d'une situation essentiellement superposable à celle prévalant lors des précédentes demandes de prestations, s'agissant tant des atteintes incapacitantes retenues que des limitations fonctionnelles arrêtées, on ne constate ainsi aucune évolution notable à ce niveau. bb) Les experts de la Clinique F. _____ ont également abordé la question d'un éventuel déficit d'ordre cognitif ou neuropsychologique. aaa) Ainsi, le neurologue C. _____ a relevé que, d'un point de vue cognitif, l'assuré était indépendant pour les activités de la vie quotidienne. Quant au neuropsychologue J. _____, il a observé un ralentissement sévère à diverses tâches mais a précisé que ce ralentissement était fluctuant, qu'il contrastait avec l'absence de ralentissement clinique durant l'anamnèse et qu'il y avait lieu de l'attribuer davantage à une mobilisation non optimale des ressources attentionnelles qu'à une consommation éthylique abusive antérieure. Il a en outre mentionné de légères difficultés mnésiques épisodiques antérogrades et de légères difficultés exécutives, de raisonnement et de compréhension de consignes abstraites. Au regard de ces éléments, tant le neurologue C. _____ que le neuropsychologue J. _____ ont formellement nié l'existence d'une démence de Korsakoff (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 p. 14) et, par là-même, de tout déficit neuropsychologique engendré par la surconsommation d'alcool – rejoints en cela par l'expert psychiatre Z. _____, lequel n'a pas observé de trouble mnésique rétrograde ou antérograde caractéristique ni d'indication suggérant une confabulation et a, de surcroît, considéré que le psychisme un peu "empâté", avec un discret ralentissement psychomoteur et une impression d'émoussement affectif global, pouvait correspondre à un effet indésirable de la médication de l'assuré (cf. *ibid.* loc. cit.). bbb) Seul le Dr R. _____ a émis un avis contraire sur la question. Ainsi, dans un rapport du 12 mars 2014 (p. 2), il a exposé que l'assuré présentait des troubles cognitifs témoignant de

l'installation probable d'une démence multifactorielle à dominante Korsakoff. Ce praticien n'a ensuite plus fait mention de ce diagnostic dans son constat du 10 octobre 2014, pour finalement le retenir à nouveau en mai 2015 et juin 2015. Dans son rapport du 29 octobre 2015, le Dr R. _____ a plus précisément retenu des signes de démence de Korsakoff (« céphalées, amnésie, troubles de la coordination et de la march[e], etc. ») et y a ajouté des troubles neuropsychologiques remontant à l'enfance, avec un quotient intellectuel très limité sur des tests simples et des capacités de compréhension et d'adaptation très réduites (p. 1). On ne saurait toutefois se contenter des seules affirmations du Dr R. _____, qui prennent le contre-pied de l'expertise de la Clinique F. _____ tout en ne reposant sur aucune motivation médicale concrète et n'étant pas davantage étayées par des éléments objectifs ; notamment, on cherche en vain les tests de quotient intellectuel auxquels se réfère le médecin traitant. Bien plus, même à admettre l'existence d'un déficit cognitif remontant à l'enfance, on ne pourrait que douter de sa nature incapacitante dans la mesure où l'assuré a malgré tout travaillé dans sa patrie – exploitant, qui plus est, un domaine agricole en tant qu'indépendant au Portugal avant d'être mis en échec des suites de la crise dite "de la vache folle" (cf. rapport d'expertise du 26 avril 2012 p. 6 et rapport d'expertise du 9 février 2015 p. 7) – comme en Suisse avant d'être licencié au 28 février 2010. Dans ces conditions, on ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions des experts de la Clinique F. _____, qui résultent d'une évaluation minutieuse effectuée par des spécialistes, au profit de l'opinion émise par le Dr R. _____, qui traduit tout au plus une appréciation divergente d'un même état de fait. ccc) Sous l'angle neuropsychologique, on ne peut par conséquent pas retenir d'atteinte incapacitante. Sur ce plan également, il n'y a donc pas eu d'évolution notable depuis le précédent refus de prestations. cc) Reste à examiner la situation sur le plan psychiatrique. aaa) Aux termes du rapport d'expertise du 9 février 2015, les spécialistes de la Clinique F. _____ n'ont posé aucun diagnostic incapacitant d'ordre psychique. Ils ont en revanche retenu les atteintes sans impact sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent, et de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 pp. 12 et 14 s.). Concernant plus particulièrement le diagnostic de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme, il a été expressément préféré à celui de trouble somatoforme douloureux au motif que la douleur n'était pas la plainte principale, mais bien plutôt les symptômes neurovégétatifs (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 p. 14). Ce diagnostic ne relève de surcroît pas d'un trouble psychosomatique comparable à un trouble somatoforme douloureux – soit le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, la neurasthénie, les troubles dissociés de la sensibilité et de la réceptivité, l'hypersomnie non organique, les troubles dissociés de la motricité, le trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique et les distorsions de la colonne vertébrale (coup du lapin) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique (cf. ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 et la jurisprudence citée). Partant, les experts pouvaient se prononcer sur la nature incapacitante ou non d'une telle atteinte sans avoir à se référer aux exigences spécifiques développées par le Tribunal fédéral à l'égard des troubles somatoforme douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables (cf. en particulier ATF 141 V 281 consid. 2, 4 et 6). bbb) Cela précisé, la Cour de céans ne peut que constater l'absence de motif sérieux incitant à s'écarter de l'appréciation des experts de la Clinique F. _____. De fait, si le Prof. P. _____ a bien évoqué un état dépressif sévère (cf. rapport du 6 janvier 2014 p. 1), il a toutefois indiqué qu'il ne s'agissait pas là d'un diagnostic incapacitant. De même, on notera que la Dresse Q. _____ a certes évoqué une dépression non traitée (cf. rapport du 29 juin

2015) mais que cette assertion ne repose toutefois sur aucune motivation médicalement convaincante. Quant au Dr N. _____, il s'est gardé de poser un quelconque diagnostic ou d'évaluer la capacité de travail de l'assuré lorsqu'il a été interpellé par l'OAI, mais a uniquement évoqué les moyens psychiques fragiles et aléatoires du recourant (cf. rapport du 27 avril 2014 p. 2). Or, ce constat s'avère bien trop laconique pour mettre en cause le raisonnement détaillé des experts de la Clinique F. _____. En ce qui concerne le Dr R. _____, ses différents rapports évoquent, d'une part, l'existence de troubles psychiatriques en particulier sous forme de troubles de la personnalité, avec épisodes dépressifs sévères ou état anxio-dépressif sévère récurrent. Néanmoins, loin de reposer sur une analyse méthodique de l'état de santé psychique du patient, ce médecin a émis ses avis sur la seule base des plaintes de l'assuré, en marge d'un quelconque examen spécialisé. Rien ne permet notamment de suivre le Dr R. _____ lorsqu'il écrit que les symptômes mentionnés auraient été observés par le Dr N. _____ dans le cadre du suivi du recourant (cf. rapport du 29 octobre 2015 p. 1), ce psychiatre n'en ayant pas fait mention dans son rapport précité et n'ayant du reste vu l'assuré qu'à deux reprises sans parvenir à démarrer une prise en charge effective (cf. rapport du 27 avril 2014 p. 1) – ce qui n'équivaut manifestement pas à un réel suivi psychiatrique, contrairement à ce qu'a indiqué le médecin traitant. Le Dr R. _____ a du reste situé l'apparition de la symptomatologie au début de l'âge adulte, ce qui cadre toutefois difficilement avec les données anamnestiques au dossier puisqu'il s'agit là d'une période durant laquelle le recourant a certes dû face aux exigences contraignantes d'une activité agricole mais sans pour autant rencontrer d'écueil spécifique d'ordre médical dans son parcours professionnel. En définitive, le Dr R. _____ n'a mis en lumière aucun élément médical objectif dont les experts de la Clinique F. _____ n'auraient pas tenu compte. Dans ces conditions, on ne saurait suivre l'appréciation du médecin traitant quant à l'état de santé psychique du recourant, et cela également quant à l'origine prétendument psychique du surpoids de l'assuré (cf. rapport du 29 octobre 2015 p. 2). D'autre part, le Dr R. _____ s'est également exprimé du point de vue de la dépendance à l'alcool. A cet égard, on notera que l'alcoolisme ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi mais peut en revanche jouer un rôle lorsqu'il provoque une atteinte à la santé, qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou s'il résulte lui-même d'une atteinte à la santé, qui a valeur de maladie (cf. TF 9C_334/2015 du 2 février 2016 consid. 4.2.2). En l'espèce, si le Dr R. _____ a initialement évoqué des troubles psychiatriques induits pas l'alcoolisme (cf. rapport du 12 mars 2014 p. 1), il n'en a ensuite plus fait mention (cf. en particulier rapport du 29 octobre 2015 p. 2) – étant au demeurant rappelé que toute démence de Korsakoff doit être exclue dans le cas particulier (cf. consid. 5b/bb supra) et que la cirrhose dont souffre l'intéressé n'a pas été considérée comme incapacitante (cf. consid. 5b/aa supra). Le Dr R. _____ n'a pas non plus clairement imputé cette dépendance à un trouble psychique antérieur. Cela étant, on ne peut que suivre les experts de la Clinique F. _____ pour nier toute valeur incapacitante à la dépendance de l'assuré, ce dernier ayant du reste interrompu sa consommation à la fin de l'année 2014 (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 p. 10), voire depuis janvier 2015 (cf. rapport du Dr R. _____ du 29 octobre 2015 p. 2). A ce propos, on soulignera en particulier qu'en tant que les experts de la Clinique F. _____ n'ont évoqué aucun trouble psychique à l'origine de la surconsommation d'alcool de l'assuré, ils se sont ainsi rapprochés de l'appréciation de leur confrère V. _____ qui avait, quant à lui, évoqué un alcoolisme probablement primaire (cf. rapport d'expertise du 26 avril 2014 p. 17). ccc) Au regard de ce qui précède, il s'impose de retenir avec les experts de la Clinique F. _____ que l'assuré ne présente pas

d'atteinte psychique influant sa capacité de travail. En ce sens, les experts ont ainsi attesté de l'absence d'évolution significative depuis le rapport d'expertise du Dr V. _____ du 26 avril 2014. dd) Par surabondance, en tant que les experts ont souligné la composante alcoologique et psychosociale du cas particulier (cf. rapport d'expertise du 9 février 2015 p. 15), respectivement la présence d'éléments non médicaux (cf. complément d'expertise du 31 mars 2015), on relèvera encore, d'une part, que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne sont pas pertinents sous l'angle d'une conception biomédicale de la maladie dans l'AI (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; cf. TF 9C_837/2011 & 9C_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1, in SVR 2010 IV 58 p. 177) et, d'autre part, que les conséquences socioprofessionnelles de la dépendance à l'alcool dont l'assuré a été victime par le passé (étant aujourd'hui abstinente) ne sauraient à ce stade être assimilées à une atteinte à la santé de caractère invalidant. ee) La Cour de céans retient dès lors qu'il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de douter des conclusions des experts de la Clinique F. _____. Le rapport d'expertise du 9 février 2015 a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et tient compte des plaintes du recourant. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont claires et les conclusions dûment motivées. Cette expertise remplit par conséquent les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra). C'est du reste en vain que le Dr R. _____ a mis en doute la fiabilité du rapport d'expertise du 9 février 2015 au motif que les médecins intervenus avaient été mandatés par l'AI (cf. rapport du 29 octobre 2015 p. 3). Le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les arrêts cités). Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4). Or, rien ne tend à en faire la démonstration dans le cas particulier. c) En définitive, faute d'évolution notable de l'état de santé du recourant, il apparaît qu'en rejetant par décision du 2 juillet 2015 la nouvelle demande de prestations déposée le 27 novembre 2013, l'OAI n'a pas agi de manière contraire au droit. 6. a) Vu ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant 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. (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 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 ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). 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 (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limité à la dispense des frais judiciaires et à l'avance de ceux-ci, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a en

outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant, qui a au demeurant agi sans l'aide d'un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA).

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