

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 844 vom 2. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__844

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 844 du 2 novembre 2018

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 844 del 2 novembre 2018

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, RENTE D'INVALIDITÉ, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

E. 2

INDICATIONS SUBJECTIVES DE L'ASSURE(E) [...]

E. 2.2

FONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE L'ASSURE(E) (HORS PROFESSIONNEL)

Le couple vit dans un 3,5 pièces au [...] et bénéficie d'un petit coin jardin avec un potager. Monsieur L._____ se lève vers 7h30 et il a besoin d'une heure et demie pour pouvoir se mettre en route. L'assuré sort se promener un peu, s'occupe du potager, il prépare le repas de midi. L'après-midi, Monsieur L._____ se balade à nouveau, cuisine le repas du soir et va parfois voir son fils et s'occuper de son petit-fils.

E. 3

CONSTATATIONS OBJECTIVES [...]

E. 3.2

SYNTHESE DES TESTS PSYCHOMETRIQUES

E. 3.2.1

Tests généraux Monsieur L._____ a réalisé les tests psychométriques dans sa langue maternelle, sans grandes difficultés. Il existe une relativement bonne concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation. Le Hamilton 17 items suggère une symptomatologie dépressive subclinique à légère, en concordance avec le Beck 21. Avec un score de 13, ce dernier se situe dans les dépressions légères, mais à la limite inférieure de l'intervalle référence. A ce titre le facteur dépression du SCL-90R est aussi subpathologique. Le Hamilton anxiété indique une anxiété mineure mais à la limite supérieure de l'index de référence, puisque ce sont probablement les symptômes prépondérants chez l'assuré. Le facteur anxiété état du Spielberger est néanmoins faible et celui du facteur anxiété du SCL-90R est pathologique, sans plus. Le SCL-90R donne un indice de somatisation et symptômes divers élevés en rapport avec les plaintes somatique de l'assuré. Le facteur obsession-compulsion est subpathologique ; il suggère une certaine psychorigidité. Tous les autres facteurs sont dans les normes à l'exception de dépression et anxiété qui ont déjà été analysés. En d'autres termes, l'assuré n'a jamais tenté d'amplifier ou de majorer ses symptômes, ce qui est un élément de bon pronostic. Il prédomine essentiellement des

plaintes du registre somatique et quelques symptômes anxieux. Cela pourrait expliquer la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, le second faisant le plus souvent le postulat de sincérité de son patient. [...]

E. 3.3

EXAMEN CLINIQUE DU 24 JUIN 2015 Monsieur L. _____ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Nous avons contrôlé sa carte d'identité. Il s'agit d'un homme faisant plus jeune que son âge biologique, de taille moyenne assez athlétique, soigné de sa personne. L'assuré est très courtois, souriant et se montre particulièrement aimable et collaborant durant cette expertise. Monsieur L. _____ est ouvert d'esprit, positif et apparaît comme un homme sensible ayant une philosophie de vie humaine et positive. L'assuré n'est jamais quérulant ou revendicateur. A quelques reprises Monsieur L. _____ a l'air légèrement ému en évoquant ses problèmes de santé, les répercussions sur sa famille et leur situation économique. Nous ne relevons pas de foetor éthylique, il est vigile, orienté dans les 3 modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. Il n'y a pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Monsieur L. _____ s'exprime bien en français avec un léger accent [...]. L'intelligence est normale. Jugement et raisonnement sont conservés. Actuellement il n'y a pas de dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. Monsieur L. _____ reste un peu émotif et préoccupé par sa situation qui peut entraîner parfois une certaine amertume. Il n'y a pas d'irritabilité marquée ou d'anxiété flottante et constante. Le sommeil est très perturbé dans sa phase d'endormissement et surtout de maintien en raison des cervicalgies et des lombalgies. Monsieur L. _____ évoque un réveil difficile avec la nécessité, en raison de ses douleurs cervicales et lombaires, d'aller se baigner à l'eau chaude pour pouvoir se mettre en route. L'appétit est normal et le poids est plutôt stable : actuellement 85 kg pour une taille de 1,75 m. (BMI [Body Mass Index] = 25,7). La libido et les rapports sexuels sont plutôt diminués en rapport avec ses limitations physiques. Il n'y a pas de troubles patents subjectifs de l'attention et de la concentration ni de suicidalité. Du point de vue anxieux il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le DSM IV. Monsieur L. _____ ne souffre pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang, d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique. Monsieur L. _____ ne consomme pas d'alcool et le tabagisme se situe à ½ paquet par jour. Il n'y a pas de prise de substances illicites annoncée. Monsieur L. _____ ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie – boulimie. Il n'existe pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée. Au niveau somatique, Monsieur L. _____ annonce des cervicalgies empêchant certains mouvements de la nuque et des lombalgies qui parfois sont difficilement supportables lorsqu'il doit maintenir une position assise.

E. 3.4

PERSONNALITE : Rien n'indique que l'assuré présente un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. [...]

E. 5

a) En conclusion, 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal

cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

E. 5.2

APPRECIATION DIAGNOSTIQUE D'un point de vue psychopathologique, Monsieur L._____ se plaint essentiellement de douleurs multiples, incapacitantes pour lesquelles une cause organique a été mise en évidence avec une composante du registre trouble somatoforme. Enfin, le Dr E._____ relève un trouble de l'anxiété généralisée. D'un point de vue psychiatrique, il n'y a aucun élément en faveur d'une dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. Certes, Monsieur L._____ est un peu émotif et préoccupé par sa situation, ce qui peut apporter une certaine amertume, mais il s'agit d'une réaction psychologique qui peut être considérée comme normale. Il n'y a pas non plus véritablement d'élément en faveur d'un trouble de l'anxiété généralisée ou toute autre pathologie psychiatrique, que ça soit une symptomatologie psychotique ou maladie de la dépendance. Il existe une certaine anxiété, néanmoins probablement légère et fluctuante, liée [à] l'incertitude de sa situation personnelle, économique et professionnelle. Enfin, il n'y a pas d'argument en faveur d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. L'hypothèse d'un trouble somatoforme douloureux peut se poser, mais cela n'a jamais été évoqué avant l'arrêt de travail de juin 2014 qui prend racine sur le début d'une activité au sein d'Y._____ SA. Il est probable que l'assuré ait pu présenter à l'époque un trouble de l'adaptation qui se soit manifesté surtout par des somatisations. L'évolution a été rapidement favorable.

E. 5.3

APPRECIATION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL SUR LE PLAN DE LA MEDECINE DES ASSURANCES D'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré est entière et sans baisse de rendement dans une activité adaptée. A ce titre, le long stage à l'ORIF l'a démontré.

E. 5.4

PROPOSITION DE TRAITEMENT Il n'y a pas de justification à une prise en charge psychiatrique.

E. 5.5

PRONOSTIC Le pronostic est bon mais l'assuré risque de se heurter à des limitations telles l'âge, une maîtrise du français parlé mais pas écrit, l'absence de qualifications professionnelles et le marché du travail. » En regard de leur appréciation consensuelle et en intégrant l'aspect psychiatrique et rhumatologique, les experts ont constaté une capacité de travail de l'assuré à 30 %, en lien avec son activité antérieure de maçon-chef d'équipe, et une capacité de travail totale, dès avril 2012, dans une activité adaptée, c'est-à-dire limitant les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier (de plus de cinq à dix kilos) et limitant les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit (en abduction et en antépulsion). L'atteinte à la santé psychique n'entraînait pas de limitation fonctionnelle. Dans un avis médical du 13 novembre 2015, le Dr B._____ a fait siennes les constatations et conclusions des experts, précisant toutefois qu'en l'absence d'explications du Dr X._____ le conduisant à s'écarter des avis des Drs E._____, S._____ et J._____, il convenait de retenir une capacité de travail nulle, dès janvier

2012, dans l'activité habituelle de maçon. Par décision du 7 juin 2016, l'OAI a refusé d'octroyer une rente à l'assuré. En substance, il a considéré que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (telles des activités légères dans le domaine de l'industrie ou des services) aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit au-delà de l'horizontale, en abduction et antépuulsion, pas de port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de cinq à dix kg de façon répétitive. Retenant un revenu d'invalidé de 56'251 fr. 04 et un revenu sans invalidité de 86'726 fr., l'OAI a estimé que le degré d'invalidité de l'assuré était de 35.14 %, lequel ne lui donnait pas droit à une rente. b) Le 13 juillet 2016, l'intéressé a recouru contre la décision susmentionnée, arguant notamment que le Dr Q. _____ ne mentionnait aucune activité de loisir impliquant des tiers au cercle familial, que lui-même ne décrivait pas de voyages, ni de vacances, et qu'il était rapporté dans l'expertise qu'il ne conduisait plus en raison des douleurs, de sorte qu'il paraissait largement dépendant de ses proches pour les activités de la vie quotidienne. En cours de procédure de recours, il a produit deux rapports des 15 juin et 26 octobre 2016 du Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, attestant suivre l'intéressé depuis le 2 juin 2016 et faisant état d'une incapacité de travail de 50 % dans toute activité, existant au moins depuis le mois de janvier 2016. Dans son rapport du 15 juin 2016, le Dr T. _____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif d'intensité actuelle sévère et de douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques. Il a notamment fait état de ce qui suit : « [...] Dans mes examens du 2 et 15 juin 2016, j'ai observé un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existait une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées à une fatigue importante, même après un effort minime. Il y avait une importante diminution de l'estime et de la confiance en soi. Assez souvent, il se laisse envahir par le découragement, mais je n'ai pas constaté la présence des idées de mort. Au début de son traitement, il a présenté un résultat de 32 points à l'échelle Hamilton Dépression (17 items), ce qui correspond à une intensité sévère de sa dépression. Le tableau dépressif s'accompagne, mais ne les explique pas complètement, par des douleurs persistantes qui ont leur origine dans les problèmes de somatique bien précis. Ainsi, les facteurs psychiques peuvent intensifier sa souffrance douloureuse, mais ils ne sont pas son origine. Il n'y a pas lieu d'un trouble factice et le fonctionnement de votre client se trouve passablement perturbé. L'échelle d'Evaluation globale du fonctionnement au début du traitement montrait un résultat de 55, compatible avec une symptomatologie moyenne entraînant des difficultés moyennes dans le fonctionnement social et/ou l'autonomie. [...] » Par son rapport du 26 octobre 2016, le Dr T. _____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques. L'incapacité de travail de 50 % était due à une diminution de rendement correspondante, compte tenu d'un ralentissement dépressif et de difficultés de gestion de la douleur. Le Dr T. _____ a exposé ce qui suit, sous « constat médical » : « Le patient est venu à tous les rendez-vous que je lui ai fixés, toujours à l'heure. Son expression verbale est bonne, l'image qu'il donne de soi est soignée. Par contre, il a toujours adopté des positions antalgiques et dans chaque entretien, il a eu le besoin de se lever pour faire bouger sa colonne, ne supportant pas [de] rester assis trop longtemps. De formation limitée, il a un profond sens moral : il est respectueux des autres, il est méticuleux et obséquieux à l'extrême. Très ordonné, ne supporte pas [de] laisser ses activités inachevées. Ces caractéristiques de sa personnalité peuvent tromper l'autre par la construction d'une façade

qui lui permet de maintenir une certaine fierté dans l'adversité. Conscient de son rôle de chef-de-famille, il se sent profondément blessé dans son auto-estime de devoir laisser à sa femme le rôle de pourvoyeur des besoins matériels de sa famille. Ceci est source de fréquents conflits dans le couple et parfois il craint que sa femme [ne finisse par] se fatiguer de leur relation. Ceci, surajouté à ses plaintes douloureuses continues plus les limitations fonctionnelles que ses troubles ostéo-articulaires imposent, sont à l'origine d'un abaissement chronique de son humeur. D'autres symptômes dépressifs y sont associés : un ralentissement cognitif et physique, diminution de la capacité d'éprouver du plaisir, d'autres troubles somatiques (troubles du sommeil, manque de l'appétit et de la libido). De façon récurrente, il se pose la question sur si [sic] sa vie vaut encore la peine d'être vécue mais il n'a pas de projets suicidaires. La volonté et le pragmatisme sont diminués mais il aimerait pouvoir exercer encore une activité adaptée pour vaincre ses sentiments de baisse de l'auto-estime. Il vit retiré au sein de sa famille et ne cherche pas à établir ou élargir ses contacts sociaux. Il a peu d'activités de loisir. Je n'ai pas observé des troubles cognitifs importants. Il n'y a pas de troubles du contenu, et de la forme de la pensée. La perception est dominée par des douleurs constantes tant au niveau du dos comme dans la ceinture scapulo-humérale. Il décrit la sensation de perte de la force des jambes et des mains. Il cherche tout le temps une position antalgique, et doit même se lever pendant les entretiens à quelques reprises pour soulager ses douleurs. Lors de la dernière consultation de ce mois d'octobre, il a présenté un résultat de 23 points à l'échelle Hamilton Depression Rating Scale (17 items), ce qui correspond à une dépression modérée. A l'échelle d'Evaluation Globale du Fonctionnement, il a eu un résultat de 55 points, ce qui correspond à la présence de symptômes d'intensité moyenne entraînant des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social et/ou l'autonomie. » Par arrêt du 27 février 2017 (AI 183/16 - 60/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 7 juin 2016, en retenant ce qui suit : « [...] Le Dr Q. _____ a procédé à une appréciation pondérée des différents indicateurs entrant en considération, en tenant compte de l'absence d'amplification ou de majoration des symptômes par le recourant. Il a également tenu compte de l'échec d'une reprise du travail en mai 2014, qu'il attribue à un éventuel trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, actuellement en rémission. Il observe que le Dr S. _____ a prescrit à l'époque du Tryptizol®, comme traitement antalgique et antidépresseur de base. Il ne se prononce effectivement pas sur la compliance médicamenteuse, notamment au Saroten® – qui est un anti-dépresseur –, mais observe l'absence de dépressivité marquée à l'examen clinique. Il ne lui appartenait pas, comme expert mandaté par l'intimé pour se déterminer sur les atteintes à la santé et la capacité de travail, de se prononcer sur l'adéquation de ce médicament prescrit par le médecin traitant. On précisera néanmoins que cette adéquation ne peut être niée d'emblée compte tenu d'un éventuel trouble de l'adaptation, même en rémission actuellement, et de l'anxiété – certes légère et fluctuante – admise par le Dr Q. _____ en relation avec l'incertitude du recourant sur sa situation personnelle, économique et professionnelle. Le Dr Q. _____ a nié toute autre comorbidité psychique qu'un éventuel trouble de l'adaptation en rémission, et a tenu compte des comorbidités physiques, qui n'impliquaient toutefois pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. L'expert a également pris en considération l'indicateur relatif à la cohérence entre l'incapacité de travail totale alléguée et le retentissement des atteintes à la santé dans les autres domaines de la vie. Il n'y a pas de véritable contradiction à mentionner d'une part, sous "anamnèse affective et sociale", que l'assuré est heureux d'être grand-père et qu'il

s'occupe beaucoup de son petit-fils qu'il va voir régulièrement, et d'autre part, dans la description d'une journée ordinaire, que l'assuré rend parfois visite à son fils et s'occupe de son petit-fils l'après-midi. Pour sa part, le Dr X. _____ a noté que l'assuré était capable, notamment, de marcher plus de 60 minutes, de porter des charges de plus de 5 kg, de rester assis pendant 30 à 60 minutes, de prendre les commissions légères et de faire les repas, mais qu'il n'était en revanche pas capable de conduire, de passer l'aspirateur, relever la poussière, nettoyer les vitres et effectuer des commissions lourdes, ces activités étant effectuées par son épouse. On ne voit pas d'incohérence entre ces empêchements et la capacité de travail totale dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles admises par les experts. Enfin, l'absence de tout suivi psychiatrique spécialisé entre la date de la demande de prestations et le 2 juin 2016 constitue également un indicateur relatif à l'absence d'incapacité de travail dans une activité adaptée. Compte tenu de ce qui précède, l'intimé s'est fondé à juste titre sur les rapports des Drs X. _____ et Q. _____ pour constater une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite par ces médecins. Un complément d'expertise en raison de l'ATF 141 V 281 n'est pas nécessaire. Pour le surplus, le recourant ne soulève aucun grief relatif à l'évaluation de l'invalidité, en particulier sur le revenu hypothétique sans invalidité et sur le calcul du revenu d'invalidité effectué par l'intimé, qui ne prête au demeurant pas flanc à la critique. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur ces aspects de la décision litigieuse.

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