

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 192 vom 17. August 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-08-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__192

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 192 du 17 août 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 192 del 17 agosto 2021

Erwägungen

E. 3

Êtes-vous en mesure de préciser les symptômes présentés par le patient sur un plan psychique susceptibles d'expliquer les diagnostics retenus ? M. B._____ présente toujours une bonne hygiène et une tenue vestimentaire correcte. Le contact est bon et collaborant. On note une certaine tension interne et une anxiété, le patient se frottant les mains sur son pantalon de façon répétitive et une sudation pendant les entretiens. M. B._____ présente une thymie abaissée associée à des troubles du sommeil, une faible estime de lui et une difficulté à se projeter dans l'avenir. Il décrit une fatigue avec une difficulté à trouver de l'énergie. Il décrit également des troubles mnésiques, difficultés à retenir les rendez-vous par exemple et une capacité d'attention diminuée. Il peut présenter des crises anxieuses sévères s'accompagnant de symptômes neurovégétatifs tels que sudation, sensation de mort imminente, qui s'amende avec la prise d'un traitement (anxiolit). M. B._____ est un patient qui se décrit comme jovial, au contact facile, ce qui est le cas dans les débuts d'entretien. Assez vite cependant, l'expression se fige et la tristesse apparaît. Il se décrit comme un caractère vif, mais il a l'impression de se montrer plus impulsif depuis ses problèmes en 2013, notamment dans certaines situations psychosociales, dans les lieux publics où il peut se montrer facilement anxieux et irritable. En parallèle, il décrit un ralentissement psychomoteur, une diminution de la fluence verbale par rapport à avant son trouble neurologique. Il décrit également des difficultés à trouver ses mots, ce qui est objectivé pendant l'entretien. Il décrit des hallucinations acoustico-verbales sous forme de différentes voix qui s'adressent à lui et qui le dénigrent, l'insultent ou l'incitent à se faire du mal ou faire du mal à autrui. Il entend aussi la voix de son père qui est plutôt rassurante et avec laquelle il discute. Il n'y a pas d'hallucinations visuelles, cénesthésiques ou olfactives. Le discours reste clair, cohérent, bien construit, sans troubles du cours ou du contenu de la pensée. Le patient présente donc une symptomatologie anxieuse et dépressive qui peut expliquer les diagnostics retenus et des troubles cognitifs légers qui ont été objectivés par des examens neuropsychologiques tant pendant l'expertise, même si dans l'expertise ceux-ci sont minimisés, que lors des différentes évaluations dans le Service de neurologie et de psychiatrie. Selon la CIM-10 (classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'OMS), le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte doit « être utilisé lorsque le patient présente à la fois des symptômes anxieux et dépressifs, sans que l'intensité des uns et des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés les deux diagnostics doivent être notés et on ne doit pas retenir cette catégorie ». Dans le cas de M. B._____, la symptomatologie présentée et l'intensité de celle-ci justifie pleinement le fait que deux diagnostics séparés soient retenus et d'intensité sévère. De plus le lien entre l'encéphalomyélite disséminée et l'apparition des symptômes psychiatriques me semble clair et justifie le fait d'évoquer un

trouble dépressif organique et un trouble anxieux organique en plus des troubles cognitifs légers.

E. 4

Êtes-vous en mesure de confirmer les incohérences relevées par le Dr L._____, en particulier au sujet des dates différentes concernant l'apparition des hallucinations, son mode de vie, respectivement l'absence de plaintes psychotiques ? dans la négative, pour quels motifs ? Non. Je ne confirme pas les incohérences relevées par le Dr L._____. A chaque psychiatre qu'il a rencontré, M. B._____ a affirmé avoir présenté la symptomatologie psychique et en particulier psychotique suite au trouble neurologique en 2013. La symptomatologie hallucinatoire en particulier n'est pas décrite dans les rapports [...], du Centre hospitalier C._____ et [...], mais elle n'a pas fait l'objet d'une recherche active. Rappelons qu'à chaque fois qu'il a été hospitalisé, il était dans un service de neurologie et qu'aucune consultation psychiatrique n'a été demandée. Une évaluation psychiatrique n'a donc jamais été faite jusqu'à celle de la Dre H._____ à [...]. A aucun moment, il n'est mentionné de symptomatologie psychique (qu'elle soit psychotique, dépressive ou anxieuse) pour cette raison. De plus, il est connu et reconnu que les patients présentant des symptômes psychotiques n'en parlent pas spontanément dans les premiers temps pour toutes sortes de raisons (peur qu'on le prenne pour un fou, peur de devenir fou notamment). Ce point est d'autant plus important que le patient n'a pas présenté d'antécédents psychiques jusqu'à cette date. [...]

E. 5

De même et toujours sur un plan psychiatrique, êtes-vous en mesure de confirmer les observations établies par le Dr L._____, à savoir qu'en se fondant sur la concentration sanguine des traitements psychotropes, il ne serait pas possible d'être en présence d'un diagnostic de dépression sévère, mais tout au plus d'un trouble anxieux et dépressif mixte non incapacitant ? Dans la négative, pour quels motifs ? On ne peut en aucun cas corréler un diagnostic avec la concentration plasmatique d'un médicament. Le dosage d'un médicament ne peut être qu'indicatif de la compliance du patient à son traitement ou du métabolisme du médicament par le patient toujours et en aucun cas du diagnostic qui est lui posé en fonction de la clinique et des symptômes présentés.

E. 6

Sur un plan psychique, quel a été l'impact de l'atteinte à la santé du patient au niveau de sa capacité de travail en tant que poseur de voies de chemin de fer, respectivement dans le cadre d'une activité adaptée à son état psychique ? Quelle en a été son évolution ? L'impact de l'atteinte à la santé du patient a entraîné une incapacité de travail à 100 % en tant que poseur de voies de chemin de fer. Le trouble dépressif, ainsi que l'atteinte cognitive chez ce patient (à l'efficacité intellectuelle faible qui resterait à confirmer par des tests complets) impliquent une incapacité totale de travail même dans une activité adaptée à son état psychique et ce depuis sa première hospitalisation à [...] en 2013. Pour l'instant, l'évolution ne peut pas permettre d'envisager une reprise du travail, même partielle.

E. 7

Êtes-vous en mesure de vous rallier à la constatation que le trouble anxieux et dépressif mixte et la phobie de la foule n'entravent pas l'activité habituelle du patient et n'entraînent pas une diminution de rendement (cf pp. 37, points 3.1 et 3.4) ? En ce sens, serait-il envisageable que le patient travaille en équipe – telle que le requiert l'activité de poseur de

voies de chemin de fer – pendant 40 heures hebdomadaires ? Si non, pour quels motifs ? Je ne me rallie pas complètement à la constatation qu'un trouble anxieux et dépressif mixte et la phobie de la foule n'entravent pas l'activité habituelle du patient et n'entraînent pas une diminution de son rendement. En effet, ce sont la sévérité des troubles et les limitations fonctionnelles que celui-ci implique qui peuvent permettre de dire si un trouble a une répercussion sur le travail de la personne. Encore une fois je ne partage pas l'avis du Dr L. _____ par rapport aux diagnostics retenus, mais même dans le contexte d'un trouble anxieux dépressif mixte ainsi que d'un trouble phobique, il peut y avoir des limitations fonctionnelles ne permettant pas le travail en équipe pendant 40 heures hebdomadaires. Dans le cas de M. B. _____, le stress généré par les situations interpersonnelles, l'irritabilité, les difficultés relationnelles ressenties pas le patient contre-indiquent le travail en équipe tel que requiert l'activité de poseur de voies de chemin de fer.

E. 8

Quelle est la capacité de travail du patient dans une activité adaptée en tenant compte exclusivement de la problématique psychique ? En ce sens, serait-il possible de retenir une baisse de rendement de l'ordre de 25 % dans le cadre de l'exercice de toute activité professionnelle, même adaptée, rien que pour ce seul motif ? Le patient présente une incapacité de travail à 100 % et il n'est pas exigible d'envisager une reprise du travail, même partielle. Il n'est pas possible de retenir une baisse de rendement de l'ordre de 25 % dans l'exercice de toute activité professionnelle, même adaptée, étant donné que l'incapacité du patient est totale. [...]

E. 10

a) Il est également incontesté que le recourant présente des troubles neuropsychologiques, investigués à plusieurs reprises, dont notamment par la Prof. J. _____ du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier C. _____. Celle-ci a fait état de difficultés attentionnelles (ralentissement de la vitesse de traitement et difficultés en attention partagée) et exécutives (flexibilité mentale, planification et inhibition verbale), accompagnées d'une perturbation mnésique antérograde verbale (difficultés de récupération). Les performances demeuraient stables et superposables aux résultats observés précédemment en 2015. La spécialiste considérait que la capacité de travail était limitée de manière significative (cf. rapport de la Prof. J. _____ du 15 février 2017). b) A cet égard, le neuropsychologue du K. _____ a relaté une situation similaire à celle observée par la Prof. J. _____. Il a conclu à des troubles neuropsychologiques touchant l'attention et la mémoire, associés à une faible efficacité intellectuelle. Ceux-ci impliquaient uniquement un ralentissement léger, induisant une perte de rendement. c) On peut observer qu'en présence d'une situation globalement stable et de performances superposables à celles précédemment rapportées, les conclusions du neuropsychologue M. _____ apparaissent converger avec le rapport d'examen de la Prof. J. _____, laquelle n'a d'ailleurs pas chiffré la diminution alléguée de la capacité de travail du recourant. Au demeurant, les investigations effectuées au sein du K. _____ apparaissent complètes et les résultats exposés de manière à emporter la conviction. d) Etant donné ce qui précède, on ne voit pas qu'un nouvel examen neuropsychologique soit susceptible de conduire à une appréciation différente du cas. En l'absence de tout élément qui justifierait de s'écarter de l'appréciation du neuropsychologue M. _____, il s'agit donc de s'y rallier.

E. 11

a) Les importantes divergences d'opinion entre le K. _____ et les spécialistes du Centre hospitalier C. _____ concernent le volet psychique de l'appréciation du cas, singulièrement tant les diagnostics retenus que leurs répercussions en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles. Le K. _____, respectivement le Dr L. _____, a considéré que le recourant présentait un trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi qu'une phobie de la foule, lesquels étaient sans influence significative sur sa capacité de travail. Seul un épisode dépressif sévère, réactionnel à la survenance de l'atteinte neurologique, était admis pour une période limitée à six mois à compter du mois de septembre 2016 (cf. rapport d'expertise du K. _____ du 15 janvier 2018, pp. 32 ss et 37). Les psychiatres traitantes du recourant, en revanche, ont rapporté que leur patient était atteint d'un trouble dépressif organique sévère, avec symptômes psychotiques, un trouble anxieux organique, un trouble panique et des troubles cognitifs légers. Ces affections, accompagnées des symptômes décrits à partir des propos du recourant et d'après l'observation effectuée par les psychiatres, étaient responsables de limitations fonctionnelles importantes et d'une incapacité totale de travail dans toutes activités (cf. notamment : rapports de la Dre H. _____ du 13 mars 2017). Les diagnostics précités et leurs effets ont été réitérés après prise de connaissance du rapport d'expertise du K. _____ et poursuite de la prise en charge spécialisée du recourant (cf. rapports des Dres N. _____ et P. _____ du Service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier C. _____ des 19 juin 2018, 3 janvier et 25 septembre 2019). b) Compte tenu de ces appréciations spécialisées diamétralement opposées, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur le cas du recourant. Quand bien même l'évaluation du Dr L. _____ apparaît reposer sur des investigations approfondies et complètes, aboutissant à un résultat cohérent, les observations subséquentes des spécialistes du Centre hospitalier C. _____ sont de nature à faire douter des conclusions du K. _____. Il est indispensable, pour se prononcer en toute connaissance de cause in casu, que les rapports émis postérieurement au rapport d'expertise du K. _____, produits par le recourant, soient soumis au Dr L. _____, singulièrement au collège des experts, pour détermination, discussion et éventuelle confirmation des conclusions communiquées le 15 janvier 2018. On ajoutera que les avis du SMR sur les évaluations psychiatriques du Centre hospitalier C. _____ sont insuffisamment étayés pour se passer d'un complément émanant des experts du K. _____.

E. 12

a) 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 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle 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, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance

prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2 ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est 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 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). c) En l'espèce, il incombait à l'intimé de procéder à un complément d'instruction auprès du K. _____ en soumettant au collège des experts les rapports produits par le recourant postérieurement à la date du rapport d'expertise. Faute à l'intimé d'avoir satisfait à son obligation d'instruction ressortant de l'art. 43 LPGA, il s'impose de lui renvoyer la cause. Il lui appartiendra dans ce contexte, après actualisation des pièces médicales de son dossier, de solliciter les experts du K. _____ pour un complément d'expertise, destiné à dissiper les doutes persistant quant à l'état de santé psychique du recourant. d) Par ailleurs, si une capacité de travail résiduelle venait à être confirmée sur le plan médico-théorique, il s'agirait également pour l'intimé d'examiner l'opportunité de mesures professionnelles, notamment une mesure d'aide au placement (cf. art. 18 LAI).

E. 13

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, avant nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, 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 mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). c) Le recourant, assisté d'un mandataire professionnel et obtenant gain de cause, peut prétendre des dépens, arrêtés à 2'500 fr., lesquels sont mis à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA). d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille à compter du 8 juin 2020 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a adressé la liste de ses activités en date du 29 juin 2021 et fait état de 13 heures consacrées à la présente affaire, soit 6 heures et 50 minutes déployées par ses soins et 6 heures et 10 minutes par son avocate-stagiaire. Vérifiée d'office, cette liste peut être approuvée. En définitive, il convient ainsi d'octroyer à l'intéressé un montant total de 2'158 fr. 05 (comprenant une indemnité de 1'230 fr. au tarif horaire de 180 fr., une indemnité de 678 fr. 35 au tarif horaire de 110 fr., des débours de 5 % [95 fr. 40] et la TVA de 7,7 % [154 fr. 30]) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire. Cette rémunération est au demeurant couverte par les dépens octroyés au recourant.