

## **VD\_GERICHTE ZD09.035206 vom 9. März 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-03-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.035206](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.035206)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.035206 du 9 mars 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.035206 del 9 marzo 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

En l'espèce, dans son rapport du 21 avril 2006, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH et médecin traitant de l'assuré, souligne le rôle des facteurs psychiatriques dans l'incapacité de travail du recourant, qu'il associe avec des douleurs qui n'ont pas disparu depuis lors. Il précise son point de vue dans son avis du 16 octobre 2009. Ce rapport fait certes état d'une hospitalisation du recourant à une période postérieure à la décision entreprise pour une pancréatite aiguë, affection au demeurant sans rapport direct avec les pathologies ayant fait l'objet d'investigations antérieures dans le cadre de la précédente procédure et qui, comme le relève le SMR dans son avis du 14 janvier 2010, n'est pas cause d'une incapacité de travail de longue durée au sens de l'AI. Cela étant, le Dr T. \_\_\_\_\_ y réaffirme surtout qu'il existe des problèmes psychiatriques sous-estimés par l'expert D. \_\_\_\_\_ et qui nécessitent à son avis la mise en œuvre d'une expertise neutre aux fins "de cerner ce problème de manière plus détaillée et approfondie". En produisant la lettre du Dr T. \_\_\_\_\_ du 16 octobre 2009 ainsi que l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_

- 29 - à l'appui de ses écritures devant la juridiction de céans, le recourant ne disconvient ainsi pas que c'est son état de santé psychique qui doit avant tout être examiné afin de savoir si, le cas échéant, celui-ci s'est aggravé entre la décision du 6 avril 2001 et la décision querellée. Il l'a d'ailleurs exposé dans ses observations du 19 mai 2009, puisqu'il a expressément sollicité la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer sa capacité de gain. Au demeurant, dans son rapport médical du 21 avril 2006 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ ne pose pas de nouveaux diagnostics au plan somatique que ceux posés par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 8 juin 2000. La Dresse K. \_\_\_\_\_ du SMR confirme en outre dans son avis médical du 24 octobre 2006 qu'il n'y a pas de nouveaux diagnostics somatiques. Quant à la scintigraphie osseuse réalisée le 10 juillet 2007, elle n'a mis en évidence aucune anomalie significative au temps précoce, et, au temps tardif, la fixation symétrique des petites articulations est non évocatrice d'atteinte articulaire inflammatoire évolutive. Le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR relève également dans son avis médical du 16 juin 2008 que la situation est inchangée au plan somatique. Il y a dès lors lieu de considérer la situation du recourant sous l'angle psychiatrique afin de déterminer si son état s'est aggravé. A cet égard, l'OAI se fonde sur le rapport d'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ du 13 mars 2008 pour écarter toute aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision initiale de refus de rente. Le recourant se prévaut quant à lui des avis de ses médecins psychiatres traitants, de son médecin traitant ainsi que du rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ pour faire valoir une aggravation de son état. Le Dr D. \_\_\_\_\_ pose dans son rapport d'expertise du 13 mars 2008 les diagnostics sur l'axe I de trouble somatoforme douloureux (névrose de rente) et d'attaque de panique actuellement paucisymptomatiques; sur l'axe II, il retient le diagnostic de personnalité du registre paranoïaque. Il précise pour le

surplus dans la partie «discussion» de son rapport d'expertise du 13 mars 2008 que tout semble indiquer que l'évolution se fait vers une névrose de rente, chez un assuré

- 30 - pour qui l'identité d'invalidé offre de nombreuses solutions à des problèmes de réalité, qu'elles soient économiques, familiales, etc. Il relève que dans ce type de situation, on assiste à un clivage majeur entre les médecins traitants de l'assuré, et les experts qui se montrent plus inflexibles. Pour lui, l'assuré est démonstratif, suggestible et les discordances sont manifestes. Il note encore les tendances revendicatrices importantes de l'assuré, probablement dans l'espoir d'une indemnisation maximale du préjudice supposé, le tout prenant racine sur une personnalité qui s'organise sur un mode paranoïaque, rigide, sûr de lui-même, orgueilleux, susceptible, ayant une haute estime de lui-même, avec une forme d'hyperesthésie dans la relation avec autrui et souvent une appréhension hypocondriaque du corps. L'expert relève pour le surplus que cette personnalité du registre paranoïaque existe de longue date et qu'elle ne paraît pas plus décompensée que précédemment. Il expose ainsi que l'on ne peut pas parler d'une aggravation, mais d'une fixation vers un statut d'invalidé. Pour l'expert D. \_\_\_\_\_, l'assuré est dans un «cul-de-sac» et se sent probablement légitimé avec les années et la fréquentation multiple de ses médecins traitants, dans ses droits face à l'AI. L'expert maintient ainsi les conclusions de son expertise du 8 juin 2000, en notant que le risque de chronicisation, au demeurant relevé par les médecins de l'Unité psychiatrique O. \_\_\_\_\_ dans leur avis du 13 octobre 2009, est important et qu'il s'agit d'une problématique plus psychosociale et économique que médicale au sens des assurances sociales. Le Dr D. \_\_\_\_\_ conclut ainsi que l'assuré est toujours apte à exercer une activité professionnelle en fonction de sa motivation et de ses compétences. Interpellé par le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR, le Dr D. \_\_\_\_\_ a complété son rapport d'expertise le 30 mai 2008, précisant que la capacité de travail du recourant demeurait bien de 75%. Il a encore précisé que les personnalités paranoïaques font partie du groupe des personnalités psychotiques et que le concept des troubles du caractère ne recouvre pas une réalité clinique précise, car il fait référence à des perturbations du comportement, une conduite agressive – verbale ou physique – des provocations.

- 31 - Le rapport d'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ du 13 mars 2008 est bien documenté et argumenté. Il ne contient pas de contradiction et procède d'une analyse approfondie du dossier de l'assuré. Ses conclusions sont bien motivées et convaincantes. Ce rapport, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels en la matière, revêt ainsi force probante (cf. supra, consid. 4b). Dans leur rapport médical du 18 août 2006, les Drs G. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ de l'Unité psychiatrique O. \_\_\_\_\_ de P. \_\_\_\_\_ concluent à la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant qui s'est péjoré depuis 1997. Ils sont d'avis que l'intensité de la douleur constitue une invalidité permanente insurmontable pour le patient en regard d'une personnalité psychiatrique mal structurée et d'un mode de pensées rigidifié, estimant que sa capacité de gain est nulle. Or cette appréciation n'est pas confirmée par le rapport de l'expert D. \_\_\_\_\_, qui constate que la personnalité du registre paranoïaque du recourant existe de longue date et ne paraît pas plus décompensée que précédemment. Dans son avis médical du 16 juin 2008, le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR relève que les diagnostics [psychiatriques] sont inchangés. Il reprend pour le surplus les explications fournies le 30 mai 2008 par le Dr D. \_\_\_\_\_ en complément à son rapport d'expertise. A cet égard, il expose qu'il y a bien un trouble de la personnalité, appelé personnalité du registre paranoïaque par le Dr D. \_\_\_\_\_ et personnalité psychotique mal structurée par les médecins de l'Unité psychiatrique O. \_\_\_\_\_ de P. \_\_\_\_\_, précisant

qu'il s'agit du même groupe de personnalité. Il n'y a pour le surplus pas de trouble de la personnalité décompensé ni d'apparition d'une co-morbidité invalidante depuis 2000. Le Dr V.\_\_\_\_\_ conclut que l'assuré souffre toujours d'un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique invalidante, comme en 2000. Ce praticien maintient son appréciation dans son avis médical du 18 juin 2009. Dans leur rapport du 13 octobre 2009, au demeurant postérieur à la décision attaquée, la Dresse H.\_\_\_\_\_ et le Dr W.\_\_\_\_\_ de l'Unité psychiatrique O.\_\_\_\_\_ mentionnent une situation chronicisée

- 32 - avec un état psychique cristallisé, élément que l'expert D.\_\_\_\_\_ relève explicitement dans son rapport d'expertise et sur lequel il s'est prononcé, s'agissant pour l'expert d'une fixation vers un statut d'invalidé, intervenant dans le cadre d'une évolution vers une névrose de rente. Pour le surplus, le SMR observe dans son avis du 14 janvier 2010 que le rapport de l'Unité psychiatrique O.\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2009 confirme les atteintes connues, sans fait nouveau objectif, appréciation qui doit être confirmée. Quant au rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 16 octobre 2009, qui mentionne des «problèmes psychiatriques graves», il y a lieu de considérer, avec le SMR, qu'il ne fait que soutenir l'avis des psychiatres traitants du recourant, sans apporter d'argument médical nouveau; il est pour le surplus constant que le médecin traitant est généralement enclin à se prononcer en faveur de son patient, et que le Dr T.\_\_\_\_\_ est un médecin généraliste, et non un médecin psychiatre. Le recourant se prévaut en dernier lieu du rapport d'expertise privée du Dr B.\_\_\_\_\_ du 1er avril 2010. Il soutient à cet égard que le Dr D.\_\_\_\_\_ n'aurait pas retenu les troubles neurologiques dont il souffre depuis plusieurs années alors que ces troubles existaient selon lui déjà en 2008. Le recourant fait encore grief au Dr D.\_\_\_\_\_ de ne pas expliquer pour quelles raisons il s'écarte de l'avis des psychiatres traitants et du médecin traitant, d'interpréter à tort ses manifestations comportementales comme des manifestations manipulatoires, de ne pas observer ses limitations et d'inverser la relation de cause à effet entre les troubles psychiatriques et les problèmes économiques et sociaux. Or le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il soutient que l'expertise privée du Dr B.\_\_\_\_\_ est de nature à remettre en cause les conclusions du Dr D.\_\_\_\_\_ et attester d'une péjoration de son état de santé. Cette expertise privée, au demeurant postérieure à la décision attaquée, indique que le recourant présente une diminution de ses capacités d'adaptation et d'intégration depuis dix ans environ. Le Dr B.\_\_\_\_\_ relève plus loin dans son rapport que l'assuré se trouve dans un état dépressif et régressif depuis une dizaine d'années. Il note que l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ a sous-estimé les limitations de l'assuré déjà en 2000. Or une telle appréciation revient à remettre en cause l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_

- 33 - effectuée en juin 2000 et qui a conduit l'OAI à rejeter la demande de prestations formulée initialement par l'intéressé, ce qu'a au demeurant confirmé le TFA dans son arrêt du 7 mai 2003. Le Dr B.\_\_\_\_\_ donne ainsi sa propre appréciation de la situation de l'assuré, sans rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé. Il n'explique au demeurant pas pour quels motifs les rapports des psychiatres traitants et du médecin traitant devraient être préférés au rapport d'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ ainsi qu'aux avis médicaux des médecins du SMR. Il y a en outre lieu d'observer, comme le relève le Dr S.\_\_\_\_\_ dans son avis du 18 mai 2010, que le ralentissement psychomoteur constaté est mis sur le compte d'un épisode dépressif sévère par le Dr B.\_\_\_\_\_, alors que les effets d'une consommation importante de benzodiazépines (Xanax 4mg/j et Temesta 6 mg/j), associée à du Tramal, ne sont pas mentionnés par ce médecin, ce lors même qu'à ces doses, ces

médicaments expliquent en partie les troubles neuropsychologiques. Pour le surplus, le Dr B. \_\_\_\_\_ s'appuie sur les dires de la fille de l'assuré, du médecin traitant de ce dernier et de l'assuré lui-même, avec pour résultat de conférer trop de poids aux propos de ce dernier. Quant aux éléments qui conduisent le Dr B. \_\_\_\_\_ à retenir que le recourant souffrirait d'un épisode dépressif sévère, ils sont superposables à ceux relevés par le Dr D. \_\_\_\_\_ à l'occasion de son examen clinique du 17 juillet 2007, dont il ressort que le recourant se présente accompagné d'une tierce personne, qu'il est couché dans la salle d'attente les deux mains derrière la tête, que son visage est abattu, son discours désabusé, qu'il est centré sur ses douleurs, se dit pessimiste face à l'avenir, se plaint d'importants troubles du sommeil et dit présenter des épisodes de bouffées anxieuses avec sentiments d'oppression thoracique. Au plan social, le Dr D. \_\_\_\_\_ mentionne également une tendance à l'isolement et des conflits de couple. Finalement, tous les psychiatres ont souligné le retrait social, la violence et la thymie abaissée de l'assuré. Le Dr D. \_\_\_\_\_ ne retient pourtant pas de diagnostic suggérant une éventuelle pathologie dépressive. Dans la mesure où son rapport est bien étayé, que ses observations sont superposables à celles du Dr B. \_\_\_\_\_ s'agissant de l'examen clinique de l'assuré, mais que seule diffère l'appréciation diagnostique de la situation, il y a lieu de considérer que les conclusions de l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ - 34 - doivent l'emporter sur l'appréciation du Dr B. \_\_\_\_\_, consulté à titre privé par le recourant.

#### **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.