

## **VD\_GERICHTE ZD13.038876 vom 24. Oktober 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-10-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD13.038876](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.038876)

FR: VD\_GERICHTE ZD13.038876 du 24 octobre 2016

IT: VD\_GERICHTE ZD13.038876 del 24 ottobre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

janvier 2016) contestent les diagnostics posés de syndrome post- commotionnel et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, considérant que les symptômes les expliquant ne seraient pas survenus dans les délais usuels (ce que le psychiatre traitant admet par ailleurs), ils admettent en revanche une aggravation substantielle de l'état de santé du recourant au plan somatique avec répercussion psychique depuis 2014. Ils relèvent en particulier les éléments objectifs, signalés par le Dr L.\_\_\_\_\_, pouvant expliquer la symptomatologie dans les altérations encéphalographiques de 1982 et de l'IRM (imagerie par résonance magnétique) d'octobre 2011. Ils notent l'évidence de certaines réflexions diagnostiques « éclairées par une catamnèse peu favorable, dans un contexte de détérioration prouvée dès 2014 (en concomitance avec le début du suivi du Dr L.\_\_\_\_\_) »,

- 27 - réflexions qui sont toutefois, selon eux, « tributaires d'informations acquises après la décision litigieuse ». Ainsi, tout en rejoignant le psychiatre traitant dans ses constatations, ils considèrent que cette aggravation est survenue postérieurement à la décision attaquée. Cependant, s'il est exact que les réflexions diagnostiques du Dr L.\_\_\_\_\_ ont été menées postérieurement à la décision litigieuse, elles se fondent toutefois sur des constatations médicales réalisées bien avant cette dernière (rapport médical du 8 mars 2016 du Dr L.\_\_\_\_\_). Ainsi le psychologue de la Clinique P.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_, tout en considérant que les tests effectués étaient difficilement interprétables, admettait déjà que le TCC sévère de 1982 avait vraisemblablement entraîné des séquelles cognitivo-comportementales. La Dresse B.\_\_\_\_\_, pour sa part, confirmait que le tableau clinique de mars 2015 (déficit modéré de reconnaissance en mémoire visuelle, dysfonctionnement exécutif sévère et important ralentissement psychomoteur, difficultés de mobilisation des ressources cognitives) était globalement superposable à celui de 2011. Du concilium psychiatrique mené lors du séjour à la Clinique P.\_\_\_\_\_ en 2011, il ressort que l'entourage du recourant aurait remarqué des changements de comportements, en particulier sous forme d'une diminution de sa sociabilité et de difficultés en français. L'examineur indiquait quant à lui être frappé par un émoussement des affects en lien avec le TCC de 1982, confirmant par là même les constatations effectuées en janvier 2013 déjà par l'OAI ensuite d'un entretien avec le recourant, l'intimé relevant le rapport particulier de l'assuré face à la réalité, ce dernier ne semblant pas perturbé par son futur licenciement. On notera au demeurant que c'est en raison d'une diminution de ses ressources psychiques et d'une personnalité anxieuse qu'une baisse de rendement de 20 % avait été reconnue du point de vue psychiatrique en 2011 déjà. De même, l'observation du recourant effectuée lors du stage Orif en septembre et octobre 2012 a également conduit les observateurs

- 28 - au constat d'une angoisse envahissante et d'une incapacité à se prendre en charge ne laissant aucune place à un quelconque projet de reprise d'emploi. Le Dr R. \_\_\_\_\_ exposait pour sa part que l'attitude plaintive et démonstrative de l'assuré n'était probablement pas volontaire, ce dernier étant bien plutôt envahi par l'angoisse, la douleur et la conviction d'être gravement malade. En février 2013, le Dr S. \_\_\_\_\_ confirmait également l'incapacité de son patient de subvenir seul à ses besoins, et relevait en mars 2013 que son intellect diminué et son état psychiatrique cristallisé ne lui permettait pas une appréhension rationnelle correcte de son état. Ces différents éléments semblent renforcer la thèse du psychiatre traitant selon laquelle le fonctionnement global du recourant était défaillant déjà avant que la décision litigieuse ne soit prise et mettent clairement en doute les conclusions médicales du SMR fondées notamment sur le rapport de la Clinique P. \_\_\_\_\_ du 7 décembre 2011. Les rapports au demeurant concluants du Dr L. \_\_\_\_\_ et l'avis du 18 janvier 2016 des médecins du SMR admettant l'existence d'une aggravation, conduisent la Cour de céans à considérer la nécessité de procéder à un complément d'instruction sous forme d'une expertise pluridisciplinaire qui permettra notamment de poser les diagnostics adéquats au regard de ceux évoqués par le Dr L. \_\_\_\_\_, d'examiner l'évolution de l'état de santé du recourant en fonction des rapports existants au dossier, de déterminer la date à laquelle est survenue l'aggravation de son état de santé, ainsi que sa capacité de travail dans l'activité habituelle, dans une activité adaptée et le rendement en découlant. En résumé, les constatations médicalement objectivées du Dr L. \_\_\_\_\_ mettent en lumière une nouvelle interprétation des éléments existants au dossier antérieurement à la décision, qui ne permet pas de s'en tenir aux conclusions retenues par les médecins du SMR sur la base d'un rapport de la Clinique P. \_\_\_\_\_ de 2011, sans que ces éléments ne

- 29 - constituent une « seconde opinion ». Ces nouveaux éléments mis en exergue méritent de faire l'objet d'investigations plus poussées. 6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'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 ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, il apparaît que l'OAI, qui admet une aggravation de l'état de santé du recourant, dont on peine à comprendre quelle en est l'origine retenue (celle relevée par le Dr S. \_\_\_\_\_ le 31 mars 2014 ou par le Dr L. \_\_\_\_\_ le 6 mai 2015), devrait de toute façon pour cette raison déjà mettre en œuvre

une expertise afin de déterminer la date à laquelle cette aggravation est survenue. Admettant de surcroît l'existence probable d'un trouble somatoforme douloureux, l'intimé n'a jamais eu l'occasion d'instruire ce point mis en évidence par le dernier

- 30 - psychiatre traitant du recourant, ni d'ailleurs les diagnostics de syndrome post-commotionnel et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Il a au demeurant statué sur la base de rapports médicaux rapportés du dossier de la CNA (rapport de la Clinique P. \_\_\_\_\_ du 7 décembre 2011) dont les critères d'évaluation de l'invalidité ne sont pas forcément superposables aux siens propres. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, cette solution apparaissant comme la plus opportune en l'espèce. Il y a donc lieu de renvoyer l'affaire à l'intimé pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (axée notamment sur les domaines rhumatologique, psychiatrique et neuropsychiatrique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts) au sens de l'art. 44 LPGA, puis qu'il procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins de déterminer le rendement de l'assuré dans l'activité habituelle ou dans une éventuelle activité adaptée. Il appartiendra ensuite à l'OAI, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision. 7. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. 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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter ces derniers à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2500 fr. à la charge de l'OAI.

- 31 -

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