

VD_GERICHTE ZD14.037079 vom 9. September 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-09-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.037079

FR: VD_GERICHTE ZD14.037079 du 9 septembre 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.037079 del 9 settembre 2015

Erwägungen

E. 17

janvier 2007 consid. 9.4). 5. Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente des pathologies d'ordre psychique, dermatologique et orthopédique ; est en revanche discuté l'effet de ces pathologies sur sa capacité de travail et de gain. a) En février 2011, le Dr L. _____, psychiatre traitant, énonce le diagnostic de trouble dépressif récurrent comme affectant la capacité de travail, qu'il qualifie ensuite de moyen à sévère, sans symptôme psychotique, en voie d'amélioration. Le pronostic est compliqué par un trouble de la personnalité (retenu comme sans répercussion sur la capacité de travail) et un herpès génital qui ne répond pas au traitement. Il ne se prononce pas sur les limitations fonctionnelles ni sur l'exigibilité d'exercer une activité adaptée ; il estime cependant que l'état de santé de son patient est compatible avec le début de mesures de réinsertion. Dans son rapport rédigé une année plus tard, il maintient le diagnostic de trouble dépressif récurrent ; il ne mentionne plus le trouble de la personnalité mais le diagnostic de trait de personnalité dyssociale comme n'affectant pas la capacité de travail. Il décrit un patient déprimé, aboulique, progressivement en retrait au niveau social. Le Dr L. _____ énonce qu'un traitement efficace de la problématique dermatologique – subordonnée au pronostic de la maladie psychiatrique – peut réduire les restrictions, et précise ne pas avoir attesté d'incapacité de travail.

- 26 - aa) Dans son expertise du 24 octobre 2012, le Dr V. _____ retient pour seul diagnostic une dysthymie n'affectant pas la capacité de travail. A l'examen clinique, il constate un moral préservé, sans tristesse ni irritabilité, avec ruminations existentielles sans idées noires, une fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ou de mémoire, l'absence d'anhédonie (l'assuré apprécie de sortir se promener, rencontrer ses amis, faire la cuisine, etc.), de repli social (il déclare quelques amitiés et des connaissances qu'il rencontre régulièrement) et de perte d'estime de soi (il se déclare travailleur et responsable), le sommeil étant préservé par les médicaments et l'appétit conservé. L'examen clinique n'a pas révélé de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante ni trouble de personnalité morbide. L'intensité du tableau dépressif de l'humeur, insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, et sa fluctuation évoquent de ce fait le diagnostic de dysthymie. L'expert V. _____ précise en outre que les critères de la CIM- 10 ne permettent pas d'envisager le diagnostic de trouble dépressif récurrent, lequel nécessite l'existence d'un diagnostic d'épisode dépressif initial attesté, traité et résolutif suivi d'une période blanche avant un second épisode dépressif, ce qui n'est pas révélé par l'anamnèse. S'agissant du diagnostic de trait de personnalité dyssociale, l'expert relève l'absence d'élément permettant d'envisager un trouble de personnalité dyssociale, ajoutant qu'une telle personnalité n'est en soi pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Il mentionne également l'absence

de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant et l'absence de critères de la CIM-10 du trouble de la personnalité. A cet égard, on soulignera que le diagnostic de trouble de la personnalité n'a pas été repris par le psychiatre traitant en mars 2012 ni évoqué par les psychiatres X. _____ en juin 2014. Le Dr V. _____ évoque encore l'existence d'une symptomatologie algique et un hypothétique trouble somatoforme qu'il ne retient pas compte tenu en particulier des plaintes sans grande intensité et de l'absence de détresse.

- 27 - Le Dr V. _____ conclut à l'absence de trouble psychiatrique influençant négativement la capacité de travail et à l'absence de limitations fonctionnelles. bb) Les conclusions du Dr V. _____ emportent conviction dès lors qu'elles reposent sur une étude circonstanciée – avec examen clinique et étude des pièces au dossier de l'assurance-invalidité dont les rapports médicaux du psychiatre traitant –, une anamnèse détaillée, sont claires et dûment motivées. Elles tiennent en outre compte des plaintes du recourant relatives à l'atteinte dermatologique, considérées au travers des rapports du Dr L. _____ et du Dr K. _____. Les griefs du recourant émis à l'encontre de ce rapport d'expertise ne saurait mettre en doute sa valeur probante. Particulièrement, on constate, s'agissant des deux tentatives de suicide alléguées par le recourant dans son écriture du 15 septembre 2014, que le Dr L. _____, psychiatre traitant depuis novembre 2010, ne fait état d'aucune tentative de suicide au travers de ses différents rapports. Il en va de même des Drs W. _____ et P. _____ du Centre de psychiatrie et psychothérapie X. _____ dans leur rapport du 17 juin 2014, lesquels ne mentionnent que la « présence d'idéations suicidaires passagères, sans scénario précis ». On constate toutefois que dans leur courrier du 26 septembre 2014 au conseil du recourant, ces derniers énoncent laconiquement avoir « bien été informés de [la tentative de suicide] qui a eu lieu, selon les dires du patient, il y a trois ans (fin 2010, début 2011), sans aboutir à une hospitalisation en milieu psychiatrique ». En aparté, on peut s'étonner que le Dr D. _____ – médecin généraliste traitant depuis mars 2009 – n'ait pas évoqué d'éventuels troubles psychiques de son patient lors de la rédaction de son rapport le 8 décembre 2010. Cela étant, à la lecture du dossier de l'OAI, une tentative de suicide – et non deux comme l'allègue l'intéressé dans son écriture de recours – est rapportée, laquelle aurait eu lieu avant Noël 2010, soit postérieurement au début des suivis par les médecin et psychiatre traitants. Cet élément ressort du rapport d'évaluation du 25 janvier 2011, établi sur la base des dires de l'assuré, à l'instar semble-t-il de l'allégation des psychiatres X. _____, et

- 28 - aucune pièce médicale ne le rapporte antérieurement à l'expertise du Dr V. _____. Par ailleurs, l'avis des psychiatres X. _____, émis dans leur rapport du 17 juin 2014, ne saurait faire échec aux conclusions de l'expertise du Dr V. _____, comme tend à le soutenir le recourant. Ce rapport a fait l'objet d'un examen par le SMR en date du 7 octobre 2014, au terme duquel il est retenu l'absence d'élément médical objectif nouveau susceptible de modifier l'appréciation antérieure de la situation, les diagnostics retenus par les psychiatres n'étant en tout état de cause pas incompatibles avec les conclusions relatives à l'évaluation de la capacité de travail du recourant au plan psychiatrique. Singulièrement, le SMR relève la propension de l'assuré à se plaindre, l'allégation de difficultés financières qui ne sont pas de la compétence de l'assurance- invalidité et un tableau clinique compatible avec le diagnostic de dysthymie ; il conclut à une appréciation diagnostique différente (épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques) d'une même situation clinique. Le diagnostic de retard mental léger est quant à lui considéré comme un élément

existant depuis toujours, n'ayant pas empêché le recourant de mener une vie professionnelle et socio-affective normale. Finalement, les psychiatres X. _____ ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assuré au plan psychiatrique. Dans leur rapport du 26 septembre 2014 cependant, soit postérieurement à la décision litigieuse du 17 juillet 2014, ils estiment désormais nulle la capacité de travail du recourant dans toute activité. Dans ce prolongement, il est rapporté une hospitalisation du recourant du 23 octobre au 7 novembre 2014, en raison d'une symptomatologie dépressive accompagnée d'un risque hétéro-agressif. Dans son avis du 15 décembre 2014, le SMR constate qu'il n'était précédemment fait état que d'un risque auto-agressif, le risque hétéro-agressif étant nouveau. Il souligne par ailleurs que le diagnostic principal retenu est un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, trouble qui par définition est réactionnel à des circonstances précises, soit en l'occurrence un conflit avec l'ex-épouse et des difficultés

- 29 - socio-économiques. Le SMR conclut qu'aucun élément objectif ne permet de dater l'aggravation de la situation, si ce n'est qu'elle est vraisemblablement contemporaine de la date d'hospitalisation en octobre 2014. Les avis médicaux produits ceans par le recourant n'amènent aucun élément attestant, au jour de la décision litigieuse, une péjoration de la problématique de santé psychique susceptible de remettre en cause l'analyse de la situation médicale présentée par le Dr V. _____. Tout au plus peut-on souligner, à l'instar de l'intimé, que l'aggravation alléguée est postérieure ou de quelques mois antérieures à la décision litigieuse, ce qui n'ouvrirait cependant pas le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI ; cf. consid. 3a supra). cc) Sur le vu de ce qui précède, il convient ainsi de suivre les conclusions de l'expert V. _____ tendant à reconnaître au recourant une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique, sans diminution de rendement. Rappelons à cet égard que le psychiatre traitant n'a pas attesté d'incapacité de travail, comme il le précise dans son rapport du 30 mars 2012. b) S'agissant de l'aspect dermatologique, il ne résulte pas du dossier que les problèmes du recourant engendrent une incapacité de travail. Dans son rapport du 27 avril 2007, le Dr K. _____ mentionne une forte suspicion d'herpès génital se manifestant trois à quatre fois par année. Il propose au recourant un traitement de Valtrex lors de la prochaine poussée et un examen dermatologique en cas de résistance au traitement. Or il appert qu'aucune consultation dermatologique n'a eu lieu (cf. avis SMR du 15 septembre 2011). Le SMR ne retient pas l'atteinte dermatologique comme invalidante eu égard au faible nombre de poussées annuelles qui ne peuvent être à l'origine que d'interruptions de travail très temporaires (cf. avis du 16 juin 2011, 25 mars 2014 et 15 décembre 2014). Il admet cependant, dans son avis du 15 septembre

- 30 - 2011, l'évitement d'une ambiance humide comme limitation fonctionnelle en lien avec la problématique dermatologique. A cet égard, on soulignera que le Dr D. _____ attestait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de monteur en chauffage, en raison de la transpiration et du frottement cutané dans la partie génitale lorsque l'assuré devait se mettre en position accroupie, à genoux et lors de déplacement ; il préconisait un travail de bureau, limitant ainsi le mouvement et la macération cutanée notamment. Au terme de l'expertise rhumatologique, il est mentionné, outre une capacité de travail nulle dans l'activité d'aide-chauffagiste, l'évitement de la genu-flexion et l'alternance des positions assis et debout ; ces limitations, certes en lien avec le syndrome fémoropatellaire (cf. consid. 5c infra), s'inscrivent toutefois dans le prolongement de celles énoncées en décembre 2010 par médecin traitant. Le recourant reproche l'absence d'instruction sur le

plan dermatologique, alléguant que le trouble dermatologique a vraisemblablement un impact sur le trouble psychique. On rappellera que l'affection dermatologique a été prise en considération par l'expert psychiatre au travers du rapport du Dr L. _____ du 30 mars 2012. Ce dernier a en outre relevé qu'un traitement efficace de la problématique dermatologique pouvait réduire les restrictions. On soulignera par ailleurs que les psychiatres X. _____ n'évoquent pas d'interaction des troubles psychiques avec l'atteinte dermatologique. c) Sur le plan rhumatologique, le Dr D. _____ énonce dans son rapport du 8 décembre 2010 des dorsolombalgies chroniques et des gonalgies bilatérales, affectant la capacité de travail. aa) Au terme de l'examen clinique des 20 et 22 avril 2013, le Dr M. _____ retient un syndrome fémoropatellaire associé à des troubles dégénératifs peu important et des rachialgies chroniques sur déconditionnement musculaire. L'expert mentionne une situation sociale difficile, avec des douleurs somatiques s'inscrivant dans un contexte socio-familial complexe, le développement avec le temps d'une violence envers autrui et l'absence d'emploi fixe depuis plusieurs années. Il fait

- 31 - état d'un patient se plaignant de douleurs pouvant entrer dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, soulignant l'absence de points de fibromyalgie et des auto-limitations nombreuses ; ainsi, il pose le diagnostic de rachialgies chroniques dans un contexte de trouble somatoforme. Or comme souligné précédemment (cf. consid. 5a/aa supra), l'expert psychiatre – et à sa suite les psychiatres X. _____ – renonce à poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ; ce diagnostic ne saurait dès lors être retenu en l'espèce. Cela étant, l'expert, qui malgré un examen approfondi n'a pas constaté de pathologie claire, énonce que les rachialgies, les cervicoscapulalgies et le syndrome fémoropatellaire influencent la capacité de travail résiduelle du recourant, les douleurs limitant les performances dans les ports de charges et des postures. Il estime que la capacité de travail est nulle dans l'ancienne profession d'aide-chauffagiste, depuis 2010, en raison des contraintes au niveau des genoux rendant la genu-flexion difficile et limitée, tout comme l'insuffisance des ports de charges possibles. Dans une activité physique permettant une alternance des postures assise-debout, des ports de charges sol-taille de 5 kg ou horizontales bi-manuelles de 10 kg, une capacité de travail de 100% doit être reconnue, avec une diminution de rendement estimée à 10-15%. Relevons que dans le cadre de l'évaluation des capacités fonctionnelles du recourant, le Dr M. _____ a noté « une réelle sous-évaluation de la part du patient de ses propres capacités fonctionnelles comme le rel[evait] déjà le test global qui montre des performances nettement supérieures » (cf. p. 25 du rapport d'expertise). bb) Les conclusions de l'expertise du Dr M. _____ doivent être suivies, étant précisé qu'elle souscrit aux réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra). Ce rapport décrit clairement de manière fouillée tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'expert sur le plan somatique sont parfaitement motivées. Le fait que l'expertise psychiatrique soit au demeurant antérieure à l'expertise rhumatologique ne saurait préteriter l'avis du Dr M. _____.

- 32 - Le recourant n'amène aucun élément susceptible de remettre en cause l'analyse de la situation médicale présentée par l'expert rhumatologue. Partant, il y a lieu d'admettre qu'au plan rhumatologique, la symptomatologie présentée par le recourant ne contrevient pas à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies, au taux de 100%, avec une diminution de rendement de 10 à 15%. cc) Dans son rapport du 24 mai 2013, le SMR se rallie à l'appréciation du Dr M. _____ quant aux

diagnostics et limitations fonctionnelles (alternance des postures et port de charge limité), mais non s'agissant de la diminution de rendement. A cet égard, on souligne qu'aux termes de sa décision, suivant son service médical, l'intimé retient, eu égard aux limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé établi sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] publiées par l'Office fédéral de la statistique [OFS] (cf. consid. 6b infra). La jurisprudence fédérale précise que la notion de « diminution de rendement » se rapporte spécifiquement à l'évaluation médicale de la capacité résiduelle de travail, alors que celle d'« abattement sur le salaire statistique » à la prise en compte des perspectives salariales de l'assuré dans l'estimation du salaire d'invalidé compte tenu des circonstances personnelles et professionnelles (TF 9C_289/2012 du 15 octobre 2012, consid. 3.2). In casu, le Dr M. _____ énonce qu'en raison de la nature de l'atteinte à la santé dont il est affecté, le recourant est incapable de travailler en qualité d'aide-chauffagiste mais est capable de travailler dans une activité adaptée avec un rendement proche de 85-90%. A contrario, l'intimé retient une capacité de travail de 100% avec un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles exposées par l'expert, procédant dès lors à une évaluation de l'invalidité incluant la diminution de rendement subie par le recourant. Le raisonnement de l'office intimé

- 33 - semble ainsi confondre les notions de « diminution de rendement » et d'« abattement sur le salaire statistique » dans le cadre de la problématique de l'évaluation de l'invalidité. Cela étant, la prise en compte de la diminution de rendement subie par le recourant ne justifie pas, dans le cas particulier, de procéder, en sus, à un abattement sur le salaire statistique en raison de ses limitations fonctionnelles, l'évaluation de sa capacité de travail incluant déjà cet élément. De surcroît, les limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé – somme toute communes au regard des pathologies diagnostiquées (alternance des positions assis-debout, port de charges de 5 kg sol-taille, 10 kg horizontales bimanuelles) – ne présentent pas de spécificités telles qu'il y aurait lieu d'en tenir particulièrement compte au titre de la déduction sur le salaire statistique. Le recourant ne revendique par ailleurs aucun autre facteur de nature à le désavantager au moment d'un éventuel engagement. d) Au vu des considérants qui précèdent, il convient de tenir pour établi que, nonobstant l'état douloureux, le recourant dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité physiquement adaptée telle que décrite au consid. 5c supra, avec une diminution de rendement de 10%. 6. Le recourant ne subit au demeurant aucun préjudice économique du fait de ses atteintes à la santé. a) Pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, il convient de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (« revenu hypothétique sans invalidité ») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (« revenu d'invalidé ») ; c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

- 34 - b) Le revenu d'invalidé a été établi à l'aide des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS], publiées par l'Office fédéral de la statistique [OFS] ; le recourant ne critique pas cette référence, laquelle est admise à certaines conditions par la jurisprudence lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa). Ainsi, établissant le revenu d'invalidé sur la base du revenu statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités

simples et répétitives dans le secteur privé (production et service ; TA1, niveau de qualification 4), avec indexation pour l'année 2012, l'intimé a estimé à 62'845 fr. le salaire exigible, avant abattement, montant qui ne fait pas l'objet de critiques et qui peut être confirmé. Le revenu sans invalidité, fixé à 45'339 fr., a été déterminé selon les données figurant sur l'extrait du compte individuel du recourant (revenus perçus en 2009, indexés à 2012). Cette méthode ne prête pas flanc à la critique (cf. notamment ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; Circulaire de l'OFAS [Office fédéral des assurances sociales] concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], n° 3019) ; elle n'est au demeurant pas contestée par le recourant. Il s'ensuit que la comparaison du revenu sans invalidité, soit 56'560 fr. après abattement de 10% (cf. consid. 5c/cc supra), avec le revenu d'invalidité, soit 45'339 fr., révèle l'absence de préjudice économique ; le recourant ne peut dès lors prétendre à une rente de l'assurance-invalidité. Relevons au surplus que même à établir le revenu d'invalidité sur la base des données figurant sur l'extrait de compte individuel pour l'année 2011, soit 50'501 fr., montant à indexer à l'année 2012 (+ 0.8% ; source : OFS, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2014, que l'on peut consulter à l'adresse internet www.bfs.admin.ch), la comparaison des revenus révèle également l'absence de préjudice économique.

- 35 - c) Par surabondance, dans l'hypothèse où un abattement au taux maximum de 25% aurait pu être admis – étant rappelé que le Dr M. _____ estime la diminution de rendement entre 10 et 15% –, la solution ne serait guère différente, le recourant ne pouvant toujours pas prétendre à une rente de l'assurance-invalidité. Singulièrement, le revenu d'invalidité déterminé selon l'ESS, soit 47'133 fr. 75 (62'845 fr. – 25%) comparé au revenu sans invalidité de 45'339 fr. révélerait toujours l'absence de préjudice économique. Quant à la comparaison du revenu d'invalidité estimé sur la base de l'extrait du compte individuel, soit 38'178 fr. 75 ([50'501 fr. + 0.8%] – 25%) d'avec le revenu sans invalidité de 45'339 fr., elle mettrait en évidence un préjudice économique de 7'160 fr. 25, soit un degré d'invalidité arrondi à 19%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente de l'assurance-invalidité. 7. L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, tant sur le plan psychique que somatique, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, voire pluridisciplinaire telle que demandée par le recourant. 8. a) En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours est rejeté. b) Le recourant ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office

- 36 - ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique

et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. c) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ). En l'espèce, Me Dupont a produit une liste de ses opérations le 7 août 2015, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 11 heures de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 2'138 fr. 40 (TVA comprise). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ainsi, une indemnité de 126 fr. 75 (TVA comprise) pour les débours est également allouée (art. 3 al. 3 RAJ). Le montant total de l'indemnité de Me Dupond s'élève donc à 2'265 fr. 15.

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