

## **VD\_GERICHTE ZD15.054340 vom 12. Dezember 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-12-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD15.054340](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.054340)

FR: VD\_GERICHTE ZD15.054340 du 12 décembre 2016

IT: VD\_GERICHTE ZD15.054340 del 12 dicembre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

juin 2014 consid. 3.1.1 et la référence). c) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.). De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans

- 14 - indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_410/2014 précité consid. 3.3). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). 4. En l'occurrence, le recourant reproche à l'office intimé d'avoir privilégié les conclusions de l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ par rapport à l'appréciation de son psychiatre traitant, la Dresse D. \_\_\_\_\_.

a) Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_, au motif que ladite expertise consiste majoritairement en un

- 15 - résumé de son dossier AI, qu'elle expose brièvement ses plaintes sans les détailler et que l'entretien avec l'expert n'a duré qu'une quinzaine de minutes. On ne saurait reprocher à l'expert d'avoir mentionné les éléments principaux du dossier AI de l'assuré dans son rapport d'expertise puisqu'il était précisément censé se prononcer en pleine connaissance du dossier. S'agissant des plaintes de l'expertisé, celles-ci sont mentionnées sous le chiffre 2 et l'expert relève également la tristesse exprimée par le recourant, ainsi que ses fluctuations, dans la partie concernant le statut clinique. Le recourant se plaint d'une absence de détails à cet égard, mais n'indique toutefois pas quels éléments n'auraient pas été pris en compte. En outre, il sied de relever le manque de collaboration dont il a fait preuve durant l'entretien, relevé à plusieurs reprises par l'expert, lequel a indiqué que le recourant ne répondait pas toujours à ses questions d'une manière claire et refusait d'entrer dans les détails. Ayant lui-même contribué à écourter l'entretien, le recourant est malvenu de critiquer la durée de celui-ci. En outre, le rapport d'expertise ne mentionne pas le temps consacré à l'entretien avec le patient et il appartenait en tous les cas à l'expert de déterminer le temps qui lui était nécessaire pour recueillir les éléments dont il avait besoin pour se prononcer. Le recourant estime également que le statut clinique de l'expertise est peu précis, qu'il y est fait mention de sa capacité de conduire, laquelle n'est pas pertinente, ainsi que de nombreux symptômes étrangers à la pathologie dont il souffre. Selon lui, l'expert retient un diagnostic sur la base d'informations très sommaires et ne motive pas ses conclusions. Il faut cependant relever que l'expert s'est référé à la capacité de conduire du recourant en relation avec sa capacité de concentration et que l'ensemble des symptômes retenus, respectivement absents, ont permis à l'expert de poser un diagnostic, lequel s'est d'ailleurs révélé être identique à celui du médecin traitant. Quant à la motivation des conclusions, force est de constater que l'expert expose précisément les éléments pris en compte dans son appréciation, sous chiffre 5. Il apparaît effectivement que certaines informations n'ont pas pu être recueillies, mais ceci en raison du manque de collaboration du

- 16 - recourant, de sorte que ce dernier ne saurait valablement reprocher quoi que ce soit à l'expert à ce sujet. Par ailleurs, le fait que le SMR a interpellé l'expert au sujet de ses conclusions – qui s'éloignent de l'avis du médecin traitant – n'est pas un élément susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise, d'autant moins que le Dr R. \_\_\_\_\_ a expliqué, dans sa note du 18 novembre 2014, que son appréciation clinique était différente de celle du médecin traitant et qu'il n'avait pas pu objectiver des signes cliniques d'une aggravation depuis 2012. On peut encore rappeler à cet égard la difficulté que l'expert a eue pour réaliser l'expertise compte tenu du manque de collaboration du recourant. Les critiques formulées par le recourant à l'encontre de l'expertise sont dès lors mal fondées. L'expert s'est prononcé de manière circonstanciée sur les points litigieux importants et a décrit clairement le contexte et l'appréciation médicale, de sorte que son rapport d'expertise répond aux réquisits jurisprudentiels en matière probante. b) Les rapports établis par la Dresse D. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de remettre en cause le point de vue de l'expert. Ceux-ci sont en effet sommaires et peu précis, voire contradictoires. Dans son rapport du 13 août 2012, elle fait état d'une évolution de l'ordre de 50 à 70 % de la capacité de travail du recourant depuis septembre 2009 et d'une capacité de travail inchangée depuis son dernier rapport de mars 2012, dans lequel elle la fixait à 70 %. Or,

dans son rapport médical du 14 août 2012, adressé à l'assureur perte de gain, elle indique que l'incapacité de gain est de 50 % depuis 2010. Dans ses rapports des 2 septembre 2013 et 22 janvier 2014, la psychiatre traitant mentionne une rechute dépressive survenue en février 2013, ayant entraîné chez le recourant la cessation presque complète de son activité professionnelle, ainsi qu'une aggravation de la situation en août 2013, atteignant la quasi faillite personnelle. Néanmoins, dans les « cartes maladie » adressées en mai 2013 et avril 2015 à l'assureur perte de gain, elle atteste d'une incapacité de travail de 50 % depuis janvier 2012, incapacité notamment confirmée en dates des 6

- 17 - et 19 février 2013 ainsi que du 20 mars 2013. Par ailleurs, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a refusé de répondre aux questions posées par l'expert et ne s'est à aucun moment exprimée sur la teneur de l'expertise. c) Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise, selon lesquelles la capacité de travail du recourant n'est restreinte que de 20 % depuis le mois de juin 2012. Ce constat rend par ailleurs superflue la mise en œuvre d'une expertise complémentaire, telle que requise par le recourant. 5. a) En conséquence, le recours 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. 1bis 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. 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.