

VD_GERICHTE ZD16.045944 vom 1. Juni 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-06-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.045944

FR: VD_GERICHTE ZD16.045944 du 1 juin 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.045944 del 1 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par

- 12 - le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) Le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

Par un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant soutient que la décision attaquée ne contient quasiment aucune motivation qui permettrait de comprendre le refus de prestations. a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), celui d'obtenir une décision motivée. Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doit pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; 126 I 15 consid. 2a/aa ; TF 9C_193/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1.1). L'autorité administrative doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). Dès

lors que l'on peut discerner les motifs

- 13 - qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, in : RDAF 2009 II p. 434). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 et 135 I 279 consid. 2.6.1).

b) En l'occurrence, il convient de relever que la motivation de la décision litigieuse n'est pas particulièrement étayée s'agissant de l'examen des éléments pertinents pour l'évaluation de l'invalidité. Cela étant, ainsi que cela ressort de son mémoire de recours du 17 octobre 2016, l'intéressé, au demeurant assisté par un mandataire professionnel, a été en mesure de saisir les fondements essentiels de cette décision, à savoir, en particulier, que l'OAI s'est basé sur les conclusions du rapport d'expertise du 26 février 2016 du Dr K. _____ et sur l'avis du 28 juin 2016 de la Dresse W. _____ du SMR pour évaluer sa capacité de travail. Du reste, l'OAI a précisé dans son courrier explicatif du 12 septembre 2016, joint à la décision litigieuse, que la contestation du 10 juin 2016 et ses annexes n'apportaient pas d'éléments susceptibles de modifier sa position. En tous les cas, une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait être considérée comme guérie devant la juridiction de céans, le recourant (cf. mémoire de recours précité, réplique du 7 février 2017), comme l'intimé (cf. réponse du 5 décembre 2016, duplique du 28 février 2017) ayant eu l'occasion de faire valoir leurs points de vue respectifs au cours de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance

- 14 - jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer. En effet, le recours selon les art. 56 ss LPGA est un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). En conséquence, l'argument tiré d'un défaut de motivation et donc, d'une violation du droit d'être entendu, doit être écarté.

E. 3

Sur le fond, est litigieuse la question de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-invalidité (mesure de reclassement, rente).

E. 4

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé

de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en

- 15 - exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 al. 1 LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid.

E. 4.2

et les références ; TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1).

E. 5

La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1). Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un

- 16 - examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme

douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie

- 17 - de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

E. 6

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c). b) 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 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

- 18 - (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance de l'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, 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 et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2). Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que

- 19 - leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

E. 7

En l'espèce, le recourant soutient qu'il souffre d'électrosensibilité et de troubles psychiques invalidants, en se référant aux rapports des Drs S._____, R._____ et H._____, lesquels font état d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle. L'intimé, se fondant sur le rapport d'expertise du 26 février 2016 du Dr K._____, ainsi que sur l'avis du 28 juin 2016 de la Dresse W._____ du SMR, retient au contraire que l'intéressé dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. a) Comme le concède à juste titre le recourant dans son courrier du 10 juin 2016, le phénomène de l'électro-hypersensibilité n'est pas reconnu officiellement comme une atteinte à la santé à caractère invalidant. En effet, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le lien de causalité entre les symptômes décrits et l'exposition aux champs électromagnétiques n'est pas prouvé scientifiquement. Pour cette raison, l'électro-hypersensibilité n'est pas un diagnostic médical (OMS, International Workshop on Electromagnetic Field Hypersensitivity, Prague 2004, p. 4). Ainsi, le corps médical ne reconnaît pas de lien de causalité entre ces troubles et les champs électromagnétiques. Les conclusions de l'OMS restent d'actualité puisque, plus récemment, l'Office fédéral de l'environnement (OFEV) a énoncé que les méthodes scientifiques actuelles n'avaient pas permis de prouver que les troubles ressentis par les personnes électrosensibles découlaient d'une exposition quotidienne aux champs électromagnétiques (OFEV, Hypersensibilité électromagnétique, Berne 2012, p. 3). Dans un arrêt U 71/05 du 9 août 2009, le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il n'avait pas été prouvé que l'alopecie et les divers symptômes secondaires allégués par l'assurée avaient été causés exclusivement ou de manière prépondérante par l'électrosmog (consid. 4.2.1). Au vu de ce qui précède, l'électro-

- 20 - hypersensibilité en tant que telle ne peut être retenue comme invalidante au sens de l'assurance-invalidité. b) S'agissant des troubles psychiques, le Dr K. _____ a conclu, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 26 février 2016, que le recourant présentait une capacité totale de travail. Cette expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. De plus, l'expert a eu deux entretiens téléphoniques, les 11 et 19 février 2016, avec le Dr R. _____, psychiatre traitant du recourant depuis le 23 février 2015. Ces appels ont été l'occasion d'une discussion entre les deux spécialistes du cas de l'intéressé. En outre, le Dr K. _____ a tenu compte des documents établis par le recourant décrivant ses symptômes, son mode de vie et le matériel de protection utilisé, ainsi que du témoignage de son amie quant aux malaises survenus en avril et novembre 2015. Même si le dossier déposé par l'intéressé dans le cadre de son courrier de contestation du 10 juin 2016 (matériel de protection, changements effectués dans son logement, description de sa vie quotidienne, témoignages de proches) est plus complet que les éléments qui ont été soumis à l'expert, les documents transmis au Dr K. _____ étaient suffisants pour qu'il puisse se déterminer en connaissance de cause. L'expert a également pris en considération les plaintes du recourant. De surcroît, la description du contexte médical faite par le Dr K. _____ et son appréciation de la situation médicale sont claires. Il a expliqué de manière détaillée et pertinente les différents éléments l'ayant amené à ses conclusions, qui sont ainsi bien motivées. En effet, il a indiqué que le recourant présentait des symptômes dépressifs de peu de sévérité en termes d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, ainsi que d'une fatigue, de même qu'une anxiété, laquelle n'avait pas les caractéristiques d'un trouble spécifique. De plus, il a noté que l'intéressé rapportait des vertiges, des maux de ventre, des céphalées d'allure fonctionnelle et des sensations de jambes coupées, entre autres éléments qui pourraient être assimilés à des manifestations neurovégétatives,

- 21 - même si le recourant les liait à une hypersensibilité électromagnétique. Au vu de ces éléments, l'expert a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) (p. 8 s.). Il a expliqué que ce trouble ne sortait pas de l'ordinaire et que les éléments dépressifs, de même que l'anxiété, restaient de peu de sévérité, de telle manière qu'ils n'entraînaient aucune incapacité de travail (p. 13). Quant à l'hypersensibilité électromagnétique, il a précisé à juste titre qu'elle n'était pas un diagnostic médical. Il a détaillé plusieurs autres diagnostics, notamment ceux de trouble délirant persistant et de trouble obsessionnel compulsif, en expliquant les raisons pour lesquelles il les écartait, avant d'indiquer que l'on pourrait tout au plus admettre un trouble somatoforme non spécifié (F45.9) (p. 9 ss). Selon la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes, il faut en premier lieu, pour qu'un tel trouble soit retenu, que l'atteinte soit diagnostiquée dans les règles de l'art, en faisant notamment référence aux limitations fonctionnelles constatées (cf. consid. 5 supra). En l'occurrence, l'expert aboutit à ce diagnostic par défaut, en indiquant que celui-ci est « tout au plus possible ». Ceci n'est pas suffisant pour reconnaître l'existence d'un tel trouble, ce d'autant plus qu'aucun autre spécialiste s'étant prononcé dans ce dossier n'a posé un tel diagnostic. En tout état de cause, comme le relève la Dresse W. _____ du SMR, le Dr K. _____ a procédé à une analyse des indicateurs de la nouvelle jurisprudence en la matière pour se déterminer quant à la capacité de travail de l'intéressé (cf. avis médical du 28 juin 2016 de la Dresse W. _____). Ainsi, l'expert a notamment expliqué que le recourant conservait des ressources psychiques importantes, en détaillant les raisons qui lui permettait d'aboutir à ce constat (p. 14). Il a également relevé que l'intéressé entretenait une bonne relation avec sa compagne et leurs enfants, dont il s'occupait lorsqu'elle était au travail. Le Dr K. _____ a conclu, au vu du tableau clinique global, de la présentation

atypique, et des ressources conséquentes dont disposait l'intéressé, que ce trouble n'entraînait lui non plus pas d'incapacité de travail au niveau psychiatrique (p. 14 s.). L'appréciation et les conclusions de l'expert sont ainsi bien étayées et convaincantes.

- 22 - Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, le rapport d'expertise ne révèle pas de contradictions. En particulier, lorsque l'expert a mentionné que la situation de l'intéressé ne sortait pas de l'ordinaire, il se rapportait précisément au trouble anxieux et dépressif mixte (p. 13), et non aux changements de comportement que l'assuré a présenté en rapport avec sa conviction d'hypersensibilité électromagnétique, que l'expert a qualifié à juste titre de « très importants » (p. 14). Compte tenu de ce qui précède, l'expertise remplit les critères jurisprudentiels pour disposer d'une pleine valeur probante. Dans ces circonstances, le fait que le Dr K._____ a été mandaté par une autre assurance ne permet pas de remettre en cause cette expertise. Ses conclusions sont d'ailleurs confirmées par la Dresse W._____, qui a déclaré qu'il n'y avait aucun motif de s'en écarter (cf. rapport du 2 mai 2016). Certes, les pièces au dossier ne permettent pas de savoir si la Dresse W._____ dispose de compétences particulières en psychiatrie. Toutefois, en l'occurrence, son rôle consiste notamment à analyser les différentes pièces au dossier et à se prononcer à leur sujet. Sa formation et son expérience de médecin sont suffisantes pour lui permettre de déterminer si un rapport médical est cohérent et convaincant, de manière à ce que l'OAI puisse s'y fonder pour statuer sur le droit aux prestations. Les autres éléments médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise. En particulier, les diagnostics posés par la Dresse H._____ (cf. courrier du 26 mai 2016 adressé au conseil du recourant) ont en partie été écartés de manière convaincante par le Dr K._____. En effet, dans son expertise, ce dernier a retenu que le trouble obsessionnel compulsif impliquait des obsessions et des rituels, concernant notamment le nettoyage, le rangement et la vérification, que le recourant ne présentait pas. De plus, selon l'expert, un trouble obsessionnel compulsif n'expliquerait pas davantage les symptômes « somatiques » allégués, tels que les crises (p.

E. 11

s. de l'expertise précitée). Par ailleurs, comme le relève la Dresse W._____, le courrier précité de la Dresse H._____ n'amène

- 23 - aucun élément médical nouveau et ne constitue qu'une appréciation différente de la même situation clinique (cf. avis médical du 28 juin 2016). Enfin, la Dresse H._____ est l'un des psychiatres traitants du recourant, dont les constatations doivent être de ce fait admises avec réserve (cf. consid. 6b supra). Quant aux Drs S._____ et R._____, ils font état d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de l'ordre de 30 %, puis de 50 % selon leurs rapports les plus récents, dans une activité adaptée. Ces médecins sont également les psychiatres traitants de l'intéressé. Il ressort de leurs nombreux rapports et courriers que même si leurs appréciations médicales divergent de celle de l'expert, ils ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions ou en établir le caractère incomplet. En particulier, le diagnostic de trouble délirant persistant qu'ils ont posé dans leurs premiers rapports médicaux (cf. rapports du 8 octobre 2015 et du 8 mars 2016) – avant de se rétracter – a été écarté de manière convaincante par l'expertise du Dr K._____. En effet, ce spécialiste a expliqué que pour qu'un tel diagnostic soit retenu, les idées délirantes devaient être propres aux sujets en cause, ce qui n'était pas le cas ici, la conviction d'être électrosensible étant également

partagée par d'autres individus. L'expert a ajouté que le trouble délirant persistant n'expliquait pas les symptômes « somatiques » allégués par le recourant (p. 11 de l'expertise précitée). Par la suite, les Drs S._____ et R._____ ont notamment posé le diagnostic de forte suspicion clinique de crises fonctionnelles récidivantes de type pseudo-épileptiques (cf. courrier du 9 juin 2016). Ce diagnostic décrit une atteinte fonctionnelle. S'agissant de ce type d'atteinte, le Dr K._____ a énoncé que le diagnostic de trouble somatoforme non spécifié était tout au plus possible, au vu de la présentation atypique, et qu'elle n'entraînait pas d'incapacité de travail. La Dresse W._____ a du reste précisément indiqué que le courrier du 9 juin 2016 précité n'amenait pas d'élément médical nouveau (cf. avis médical du 28 juin 2016). Il en va de même des courriers des 13 octobre 2016 et 23 janvier 2017, par lesquels les Drs S._____ et R._____ ont confirmé

- 24 - leur impression diagnostique et l'incapacité totale de travail dans l'activité habituelle. Ainsi, leur opinion contradictoire ne suffit pas pour remettre en question les conclusions de l'expertise et justifier qu'il soit procédé à de nouvelles investigations. Il en va de même des appréciations des Drs X._____ et L._____, attestant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. En effet, ils ne sont pas spécialisés en psychiatrie et psychothérapie. Ils sont par ailleurs les médecins traitants du recourant (médecin généraliste et médecin homéopathe), dont les constatations, tel que susmentionné, doivent de ce fait être admises avec réserve (cf. consid. 6b supra). Par ailleurs, le recourant ne peut se fonder sur la communication du 29 octobre 2015 de l'OAI énonçant que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée pour critiquer l'expertise en ce sens qu'elle a été réalisée seulement quatre mois après ce courrier. En effet, cette communication a fait suite à l'avis médical du 27 octobre 2015 de la Dresse W._____ qui proposait d'inviter, en janvier 2016 – soit après trois mois –, les Drs S._____ et R._____ à se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de leur patient, jugeant que l'écoulement de ces quelques mois était nécessaire et suffisant avant de requérir de nouveaux documents médicaux. Enfin, une situation financière précaire, telle qu'alléguée par le recourant, n'entre pas en considération dans le présent litige, celui-ci portant uniquement sur l'évaluation de son état de santé. c) Au vu de ce qui précède, l'intimé était légitimé à se fonder sur le rapport d'expertise du Dr K._____ et sur l'avis médical de la Dresse W._____ pour conclure que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Dès lors que l'une des conditions du droit à la rente d'invalidité est d'avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI, cf. consid. 4 supra), c'est à

- 25 - juste titre que l'intimé a refusé de lui allouer une telle rente. L'intimé était également fondé à refuser l'octroi d'un reclassement professionnel, l'intéressé ne subissant aucune diminution de sa capacité de gain (cf. consid. 4 supra). 8. Il convient néanmoins de relever que dans son rapport d'expertise, le Dr K._____ a souligné que le pronostic psychiatrique pourrait être réservé (p. 15). Le Dr R._____ n'a lui aussi pas fait mention d'un pronostic favorable (cf. rapport du 1er février 2016). Ainsi, en cas d'aggravation de son état de santé, le recourant pourra déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé, qui, cas échéant, sera susceptible de déboucher sur la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. 9. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors

superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b). En l'occurrence, le dossier est complet du point de vue médical et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il en complète l'instruction, ni la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, tels que requis par le recourant. 10. 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

- 26 - à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Le recourant qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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