

VD_GERICHTE ZD17.042002 vom 31. Oktober 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-10-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.042002

FR: VD_GERICHTE ZD17.042002 du 31 octobre 2018

IT: VD_GERICHTE ZD17.042002 del 31 ottobre 2018

Erwägungen

E. 5

En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré depuis la dernière décision reposant sur un examen complet de son droit à la rente, à savoir depuis la décision du 29 juin 2009. a) D'emblée, il est constant que l'intéressé ne présente pas de péjoration au niveau somatique. Celui-ci ne prétend d'ailleurs pas le contraire, se prévalant uniquement d'une aggravation au plan psychique (cf. recours du 2 octobre 2017 et réplique du 9 avril 2018). Pour autant que de besoin, on relèvera à cet égard que le rapport du Dr P. _____ du

E. 9

avril 2018, produit avec la réplique, n'amène pas d'éléments légitimant une aggravation de la situation sur le plan physique. En effet, les diagnostics y figurant ne sont pas étayés. Ils ne sont en outre pas différents de ceux que le médecin traitant avait déjà posés dans son rapport du 25 août 2004. Par ailleurs, selon les indications du Dr P. _____, ces diagnostics existaient avant la décision du 29 juin 2009, le dernier étant daté de l'année 2007. Enfin, ce médecin a précisé que la capacité de travail du recourant était nulle depuis qu'il le suivait, à savoir depuis le 23 juin 2003. Le rapport du 9 avril 2018 ne saurait ainsi démontrer que l'état de santé de l'intéressé s'est péjoré au plan somatique depuis la décision du 29 juin 2009. A toutes fins utiles, dans son jugement du 20 novembre 2007, le Tribunal des assurances avait retenu qu'aucun problème significatif n'avait été relevé par IRM et que la faiblesse musculaire ressentie par le recourant n'avait pas non plus été objectivée. Cette appréciation peut être reprise telle quelle. b) Au plan psychique, il est constant que l'intéressé présente une atteinte qui rend totalement impossible l'exercice de son activité habituelle. Est toutefois litigieuse la capacité de travail dans une activité adaptée. De l'avis exprimé dans la décision litigieuse de l'intimé – qui se fonde sur le rapport d'expertise du 7 juillet 2006 du Dr J. _____, de la

- 22 - Dresse V. _____ et du Prof. G. _____, sur le jugement du 20 novembre 2007 du Tribunal des assurances et sur les avis du SMR des 31 janvier 2012 et 19 juin 2017 –, la capacité de travail demeure de 50 % dans une activité adaptée. A cet égard, il y a lieu de constater que les experts faisaient état en 2006 de fatigue, de lassitude, d'un ralentissement psychique, d'un contenu de pensée pessimiste et dévalorisé, d'une angoisse latente, d'une irritabilité, de troubles de la concentration, ainsi que du fait que le recourant semblait athymhormique. A teneur du rapport d'expertise, l'intéressé se plaignait par ailleurs d'hypersomnie, d'une diminution sur le plan interne, soit, outre de difficultés à se concentrer, de difficultés à se remémorer les faits, d'un sentiment de honte, d'épisodes anxieux imprévisibles et de peurs injustifiées, comme par exemple la crainte d'être seul dans la rue. Compte tenu de ce qui précède, les experts ont posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

avec syndrome somatique. Par son dernier rapport produit (cf. rapport du 21 février 2018), le Dr H. _____ a cependant estimé que le recourant était en incapacité totale de travail depuis novembre 2015, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, de trouble mixte de la personnalité (personnalité anxieuse et dépendante), ainsi que d'hépatite B. En particulier, ce médecin a justifié le fait que le recourant présentait une incapacité totale de travail en expliquant que, compte tenu de la fatigue et des fortes difficultés d'attention et de concentration, il serait trop dangereux que celui-ci reprenne une activité professionnelle. Les symptômes dépressifs et anxieux étaient trop importants pour lui permettre d'être efficace dans un domaine où une certaine fiabilité ou une rentabilité étaient requises. Or les Drs H. _____ et C. _____ avaient décrit une situation sensiblement similaire dans leur rapport du 9 octobre 2017. Ils avaient considéré que le recourant disposait alors d'une capacité de travail de 10 à 15 %, alors que, quatre mois plus tard (cf. rapport du 21 février 2018), le Dr H. _____ estimait que la capacité de travail du recourant était nulle depuis novembre 2015.

- 23 - Quoiqu'il en soit, si les diagnostics posés par les Drs H. _____ et C. _____ divergent de ceux retenus dans le rapport d'expertise, force est de constater que les éléments mis en avant par ces médecins sont superposables à ceux relevés par les experts dans leur rapport du 7 juillet 2006 et qui ont justifié une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il n'apparaît par conséquent pas que l'état de santé de l'intéressé au plan psychique se serait péjoré. Au demeurant, le Dr H. _____ faisait déjà mention d'atteintes du même ordre dans son rapport du 23 décembre 2011. Or, concernant ce rapport, l'intimé avait estimé que la situation décrite était similaire à celle qui prévalait dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations et avait dès lors confirmé le droit de l'intéressé à un quart de rente par communication du 2 octobre 2014, laquelle n'avait pas été contestée. Par ailleurs, dans son rapport du 23 décembre 2011, le Dr H. _____ avait indiqué que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, existait depuis 1995. Le Dr U. _____ a décrit une situation comparable dans ses rapports des 15 février et 7 mars 2016, à la différence que le recourant se rendait alors à ses rendez-vous à raison d'une fois tous les deux ou trois mois. Ces éléments ont cependant amené ce médecin à considérer, contrairement aux Drs H. _____ et C. _____, que l'intéressé disposait d'une capacité de travail partielle dans une activité adaptée, compte tenu d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger ou moyen. Il a en outre précisé que le pronostic était bon, avec un suivi psychiatrique régulier. La position du Dr U. _____ rejoint ainsi celle exprimée dans le rapport d'expertise du 7 juillet 2006 et, partant, dans le jugement du 20 novembre 2007. Il en ressort en effet que la prise en charge thérapeutique, qui était alors au rythme d'une fois par mois, ne correspondait pas à la gravité des diagnostics posés. Il convenait par conséquent d'adapter ce suivi à une dépression résistante, sans que l'on puisse pour autant considérer que, dans ce cas, l'intéressé serait en mesure de travailler à temps complet.

- 24 - A cet égard, le suivi a apparemment été intensifié à un rythme hebdomadaire (cf. rapport des Drs H. _____ et C. _____ du 9 octobre 2017). Il apparaît que cette intensification a été mise en œuvre ensuite d'une hospitalisation de l'intéressé, rapportée par les Drs H. _____ et C. _____ dans un courrier du 8 août 2017. Une hospitalisation ne saurait cependant établir l'aggravation de l'état de santé du recourant. En effet, ce dernier avait déjà été hospitalisé en novembre 2005 et mai 2006. Selon le Tribunal des assurances (cf. jugement du 20 novembre 2007 consid. 5b/cc), ces hospitalisations

révélaient une aggravation momentanée. On remarquera en outre qu'elles s'inscrivaient parfaitement dans le cadre du caractère fluctuant du trouble dépressif récurrent, tel que retenu par le Tribunal des assurances (cf. jugement du 20 novembre 2007 consid. 5b/aa). c) En définitive, force est de constater que les avis des Drs H. _____ et C. _____ constituent une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé (cf. consid. 3b supra). On ne peut dès lors que suivre le médecin du SMR qui a considéré la situation du recourant comme inchangée, compte tenu de ses antécédents et du type d'atteinte à la santé qui était à risque de décompensation (cf. avis médical du 19 juin 2017). En effet, l'intéressé n'établit pas que son état de santé se serait péjoré ensuite de la décision de l'intimé du 29 juin 2009, de manière à influencer son degré d'invalidité. Les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA n'étaient par conséquent pas réalisées, de sorte que l'intimé était légitimé à rejeter la nouvelle demande par sa décision du 4 septembre 2017. 6. a) En conclusion, 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la

- 25 - charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA- VD). Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) Par décision du juge instructeur du 5 décembre 2017, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 octobre 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'une avocate d'office en la personne de Me Claire Neville. Cette dernière a produit sa liste des opérations le 4 juin 2018. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Claire Neville est arrêtée à 2'475 fr. (débours et TVA compris). La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser, dès qu'il est en mesure de le faire, les frais de justice et l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat (art. 123 al. 1 CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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