

VD_GERICHTE ZD17.047951 vom 11. Juli 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-07-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.047951

FR: VD_GERICHTE ZD17.047951 du 11 juillet 2018

IT: VD_GERICHTE ZD17.047951 del 11 luglio 2018

Erwägungen

E. 4

a) En l'espèce, à la date du rapport d'expertise de la Policlinique U. _____ du 22 juillet 2014, les experts disposaient du rapport du 24 mars 2014 des Drs D. _____ et J. _____, respectivement médecin-associé et médecin-assistante au sein du Centre W. _____, produit par le recourant le 22 mars 2018. Ces derniers spécialistes avaient souligné les éléments suivants : « [...] Problèmes et attitude La patient présente des plaintes mnésiques depuis environ 4 ans, qui sont survenues dans un contexte d'état dépressif suite à l'accident de travail en 2006 avec licenciement en 2013 et aux conflits avec l'AI. Le test de dépistage que nous avons effectué met en évidence un trouble de la mémoire antérograde verbale avec un rappel immédiat à 4/5, rappel libre différé à 0,5, sans amélioration par rapport à l'indigage de catégorie, ainsi qu'une faible fluidité et des difficultés à la répétition, sans répercussions sur les activités de la vie quotidienne. Notons que le patient a nécessité de la stimulation pour effectuer le bilan cognitif. Nous observons une possible tendance à l'aggravation artificielle, consciente ou pas. Une

- 12 - interférence de son trouble dépressif récurrent avec les fonctions cognitives est tout à fait possible. L'IRM cérébrale que vous avez effectué le 03.12.2013 [...] mettait en évidence, selon le rapport écrit, une leucoaraiose discrète périventriculaire et sous-corticale, sans atrophie des hippocampes. Afin de mieux préciser la nature du déficit, nous proposons de compléter les investigations par un examen neuropsychologique détaillé [...] » Les experts de la Policlinique U. _____ avaient également analysé le rapport d'évaluation neuropsychologique du Centre W. _____, daté du 23 avril 2014, lequel fait également partie des pièces fournies par le recourant le 22 mars 2018. Avaient été relevées de ce document les conclusions ci-après : « [...] Conclusion : le bilan neuropsychologique détaillé de ce patient de 58 ans, collaborant de plus en plus activement durant le déroulé de l'examen, sans inadéquation comportementale, légèrement ralenti et très fatigable, met en évidence au 1er plan : - Un dysfonctionnement exécutif sévère touchant toutes les composantes cognitives testées. - Une atteinte relativement sévère de la mémoire épisodique antérograde verbale et visuelle. Auxquelles s'associent : - Une diminution clinique des ressources attentionnelles touchant à la fois la composante sélective et soutenue. - Une perturbation des aptitudes de cognitions sociales touchant probablement plus spécifiquement la composante émotionnelle et épargnant la composante cognitive. - des difficultés de langage oral avec un ralentissement et des difficultés d'accès lexical. - une altération du calcul, des aptitudes visio-constructives de type dysexécutif, du graphisme. Le restant des fonctions cognitives investiguées, y compris une tâche de validation de la symptomatologie est en revanche préservé. Avec la prédominance d'une symptomatologie mnésique et exécutive, le profil cognitif observé évoque une souffrance cérébrale à prédominance fronto-sous-corticale et temporelle paraissant dépasser le cadre d'un

syndrome anxio-dépressif. [...] » b) Les experts de la Policlinique U. _____ avaient en définitive communiqué leur appréciation globale du cas de l'assuré sur les plans rhumatologique, otoneurologique et endocrinologique. S'agissant des aspects neuropsychologique et psychiatrique, ils s'étaient exprimés en ces termes : « [...] Mentionnons que les plaintes actuelles de [l'assuré] sont actuellement en grande partie axées sur des troubles de la

- 13 - concentration et troubles mnésiques ; il nous a fait part d'investigations actuellement en cours au Centre W. _____, [...] dont nous avons pu obtenir une partie des documents avec essentiellement examen neuropsychologique des 01 et 03.04.2014. Cet examen neuropsychologique détaillé a mis en évidence au premier plan un dysfonctionnement exécutif sévère touchant toutes les composantes cognitives testées ainsi qu'une atteinte relativement sévère de la mémoire épisodique antérograde verbale et visuelle, auxquelles s'associent d'autres troubles (cf. document original dans les extraits du dossier). En conclusion, les neuropsychologues concluent qu'avec la prédominance d'une symptomatologie mnésique et exécutive, le profil cognitif observé évoque une souffrance cérébrale à prédominance fronto-sous-corticale et temporale paraissant dépasser le cadre d'un syndrome anxio-dépressif. Il est conclu à la nécessité d'investigations complémentaires telles que ponction lombaire et investigations psychiatriques afin de préciser l'origine des troubles avec proposition d'un nouveau bilan à une année. Malgré nos recherches, nous n'avons pas eu connaissance des investigations suivantes. Sur le plan fonctionnel, il est considéré que les troubles objectivés constituent notamment un obstacle à la conduite automobile. Notons encore qu'une IRM cérébrale réalisée le 03.12.2013 montrait une leucoaraiose discrète péri-ventriculaire et sous-corticale sans atrophie des hippocampes. Une nouvelle IRM cérébrale était prévue le 06.06.2014 mais n'a pas pu être effectuée pour des motifs qui une fois de plus ne nous sont pas connus. [...] Sur le plan psychiatrique, nous notons un faciès triste et peu mobile, un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité, une attention un peu fluctuante et une vigilance conservée ; le contact est collaborant, un peu soumis, le discours est par moments abondant avec des répétitions et à d'autres moments peu fourni. On observe quelques troubles de la compréhension, des digressions sans perte de fil, une difficulté dans la hiérarchisation des niveaux logiques. La thymie est sur le versant dépressif, avec des pleurs abondants en fin d'entretien. Le discours est autocentré, projectif, victimaire, peu enclin à l'introspection ou à la mise en perspective. « L'autre » est ainsi présenté comme persécutoire ou peu fiable. Les termes de préjudice, d'abandon et d'exclusion sont dominants. Outre les plaintes d'ordre somatique, [l'assuré] se plaint de fatigue, de tristesse, de perte d'espoir, d'idées noires et d'anhédonie. Par ailleurs, il rapporte d'importants troubles de la mémoire et de la concentration avec incapacité de lire et de faire sens à ce qu'il lit avec oublis fréquents, nécessité de tout noter, difficultés d'organisation et à la planification, même s'agissant des tâches quotidiennes simples. Les seules sorties hors de la maison sont consacrées aux rendez-vous médicaux et recherches d'emplois exigées par le chômage. Le sentiment d'injustice est prédominant. Ces éléments anamnestiques et cliniques associés à la lecture des documents à disposition nous permettent de retenir les diagnostics d'état dépressif d'intensité moyenne, troubles cognitifs d'origine probablement somatique ainsi que de trouble somatoforme douloureux. Ce dernier diagnostic est retenu au vu d'un syndrome douloureux non entièrement expliqué par les altérations dégénératives relevées. Ce syndrome n'a pas évolué depuis 2008, il a résisté aux traitements menés lege artis, notamment par les

- 14 - médecins généraliste, rhumatologue et psychiatre ; il équivaut maintenant à un état psychique cristallisé et cela dans des manifestations douloureuses intenses et durables. Depuis le licenciement en octobre 2013, l'état dépressif accompagnant le syndrome douloureux s'est aggravé et contribue en tant que comorbidité à la constitution d'un obstacle à une pleine capacité de travail. Également depuis le licenciement, il semblerait qu'il y ait une réelle décompensation des troubles cognitifs attestée par les examens neuropsychologiques réalisés au Centre W._____ dont nous avons quelques éléments. Ces examens évoquent une souffrance cérébrale à prédominance fronto-sous-corticale et temporelle paraissant dépasser le cadre d'un syndrome anxio-dépressif, dont les investigations complémentaires proposées (IRM cérébrale, ponction lombaire) ne nous ont pas été transmises. En résumé, sur le plan psychiatrique, le trouble somatoforme documenté présent de longue date s'alourdit actuellement d'une comorbidité psychiatrique et neuropsychologique sévère et entraîne une incapacité de travail totale depuis octobre 2013. Globalement, après prise en considération des divers avis médicaux spécialisés émis et colloque multidisciplinaire, nous estimons que la capacité de travail de [l'assuré] est actuellement nulle dans quelque activité que ce soit, ceci non seulement en raison de la gravité de la pathologie psychiatrique, mais surtout en raison de la sévérité de l'atteinte cognitive. [...] » c) A la date de leur rapport d'expertise du 22 juillet 2014, les spécialistes de la Polyclinique U._____ s'étaient ainsi fondés sur l'état de fait prévalant à fin juin 2014. Ils avaient considéré en conséquence – non sans une certaine réserve – que les troubles cognitifs observés auprès du recourant devaient être rattachés à une origine « probablement » somatique. Ce faisant, les experts avaient privilégié les conclusions des neuropsychologues en l'absence d'autres investigations. On peut en déduire que les experts de la Polyclinique U._____ n'avaient qu'une connaissance partielle des éléments du dossier en cours auprès du Centre W._____. Singulièrement, les résultats des investigations complémentaires proposées par ledit centre n'étaient pas encore connus. Ainsi, eu égard à l'origine somatique des troubles cognitifs, l'appréciation des spécialistes de la Polyclinique U._____ était forcément nuancée, réservant à ce stade les résultats d'examens ultérieurs.

- 15 -

E. 5

a) Ces investigations ressortent désormais des rapports des 20 octobre 2014 et 7 janvier 2015 du Centre W._____, ainsi que du rapport d'IRM du 17 novembre 2014, versés à la présente procédure par le recourant en date du 22 mars 2018. Le Dr D._____, assisté de la Dresse L._____, s'est exprimé notamment en ces termes dans son rapport subséquent du 20 octobre 2014 : « [...] Problèmes et attitude L'examen neuropsychologique met en évidence au premier plan, des troubles cognitifs légers caractérisés notamment par une symptomatologie mnésique et exécutive qui peuvent dépasser le cadre du syndrome anxio-dépressif connu chez ce patient. Depuis la dernière consultation, le patient remarque une stabilité de ces troubles mnésiques caractérisés notamment par des oublis fréquents et des difficultés à mémoriser, et de ces troubles thymiques, pour lesquels il bénéficie d'un suivi psychiatrique une fois chaque deux semaines. D'un point de vue étiologique, hormis ces troubles dépressifs récurrents qui peuvent causer une perturbation des capacités cognitives, nous ne pouvons pas exclure une cause organique qui peut être d'origine multifactorielle [...], d'origine vasculaire (plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire) ou d'origine neurodégénérative. Dans ce contexte, nous proposons au patient de répéter une

imagerie cérébrale afin d'évaluer une évolution par rapport à l'ancienne imagerie effectuée en 2013, et en fonction de ces résultats et de l'évolution clinique, nous pouvons évaluer la nécessité d'effectuer une ponction lombaire afin de mesurer des marqueurs de maladies neurodégénératives. [...] » L'IRM cérébrale, effectuée le 17 novembre 2014, a mis en évidence les éléments ci-après, selon le rapport corrélatif du même jour : « [...] Discrète atrophie de la substance grise, avec augmentation ventriculaire. L'atrophie de substance grise est discrètement plus marquée au niveau temporal gauche, insulaire droit. Atrophie cérébelleuse. Leucopathie diffuse étendue sans changement significatif par rapport au comparatif. Pas d'évidence d'une prise de contraste pathologique. Pas d'atrophie hippocampique marquée. Absence d'une lésion hémorragique. Pas d'effet de masse. Conclusions Leucopathie diffuse et discrète atrophie sans évidence d'une lésion aiguë. »

- 16 - Dans un ultime rapport du 7 janvier 2015, le Dr D. _____, avec le concours du Dr G. _____, médecin-assistant, a observé ce qui suit : « [...] Anamnèse Depuis la consultation du 15 septembre dernier, le patient rapporte une amélioration de son état général, de la mémoire et de la concentration, mais il ne sait pas attribuer cette amélioration à un facteur précis. [...] Problèmes et attitude Nous confirmons la présence d'un trouble cognitif léger chez ce patient, prédominant au niveau mnésique et exécutif. Nous constatons ce jour une amélioration par rapport aux plaintes spontanées et au niveau des scores de dépression et anxiété. Par contre, le test de MoCA [réd. : Montreal Cognitive Assessment] demeure pathologique, sans évidence d'aggravation intercurrente depuis 6 mois. Le fléchissement des performances cognitives paraît dépasser la problématique liée au syndrome dépressif. Une origine médicamenteuse, vasculaire ou neurodégénérative est possible, mais aucune étiologie organique spécifique n'est actuellement retrouvée par les examens complémentaires, y compris par l'IRM cérébrale de ce jour, en l'absence d'un pattern d'atrophie cérébrale bien défini. Il n'y a pas de retentissement sur les activités de la vie quotidienne, mais sous réserve de l'impossibilité à répéter l'hétéro-anamnèse. [...] » b) Les pièces ci-dessus justifient manifestement l'instruction complémentaire envisagée par l'intimé. Il apparaît en effet en l'état qu'aucun substrat organique ne permet d'expliquer les troubles cognitifs observés. Bien plus, les spécialistes du Centre W. _____ mettent en évidence un état superposable à leurs précédents examens, voire une amélioration – à tout le moins partielle – de la symptomatologie alléguée. Ces constats légitiment d'autant l'expertise neurologique qu'a décidé de diligenter l'intimé, dans la mesure où il convient de procéder à un bilan actualisé de l'état de santé neurologique et neuropsychologique du recourant. Compte tenu des résultats mis en avant par le Centre W. _____ et des réserves formulées en leur temps par les experts de la Policlinique U. _____, il n'apparaît pas possible de se prononcer en l'état du dossier sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles effectives du recourant.

- 17 - A cela s'ajoute que l'opportunité de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique est réservée par l'intimé en fonction des résultats de l'expertise neurologique (cf. avis du Service juridique de l'intimé du 6 septembre 2017). Une telle mesure serait légitime, le rapport d'expertise de la Policlinique U. _____ faisant état d'un trouble somatoforme douloureux examiné selon les critères définis sous l'ancienne jurisprudence en la matière (cf. s'agissant de la nouvelle jurisprudence : ATF 141 V 281). Dans ce contexte, on ne voit pas en quoi l'âge du recourant, lequel approche certes de la retraite, rendrait superflue la mesure d'instruction préconisée par l'intimé. Ce dernier doit en effet statuer sur les droits du recourant à compter du 28 mars 2012 jusqu'à la date d'émission de sa future décision.

On rappellera que le Tribunal fédéral a précédemment écarté l'argument de l'âge soulevé par le recourant dans l'arrêt du 1er mai 2017 (cf. consid. 5.2.4 de l'arrêt 9C_719/2016). On peut à ce stade également souligner qu'à la date du 28 mars 2012, le recourant – alors âgé de 57 ans – était doté d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il s'agit de déterminer comment cette capacité de travail a évolué depuis lors. Compte tenu des incertitudes demeurant sur le plan neurologique, il convient dès lors de se rallier à la position de l'intimé pour considérer que seule l'expertise préconisée par le SMR est de nature à fournir les éléments qui permettront de déterminer la capacité résiduelle de travail et les limitations fonctionnelles du recourant pour la période postérieure au 28 mars 2012.

E. 6

Le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision incidente du 6 octobre 2017. a) 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge du recourant qui succombe.

- 18 - b) En outre, n'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

- 19 -

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