

VD_GERICHTE ZD18.049193 vom 28. April 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.049193

FR: VD_GERICHTE ZD18.049193 du 28 avril 2020

IT: VD_GERICHTE ZD18.049193 del 28 aprile 2020

Erwägungen

E. 3

L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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. D'après l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au

- 14 - moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

E. 4

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux ainsi que, 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 mesure 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 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

- 15 - c) aa) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). bb) Cette nouvelle jurisprudence précise qu'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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 physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la

- 16 - mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). 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 (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) 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. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une

thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

E. 5

a) En l'occurrence, l'office intimé a retenu que le recourant disposait, malgré les atteintes à la santé psychique qu'il présente, d'une capacité résiduelle de travail de 40 à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité semi-indépendante, sans pression exagérée). Pour fonder son appréciation, il s'est basé sur le rapport

- 17 - d'expertise du Dr K. _____ du 12 février 2018 ainsi que sur le complément établi par ce médecin en date du 6 septembre 2019. aa) Le rapport d'expertise du Dr K. _____ du 12 février 2018 répond en tous points aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux. Celui-ci repose sur une anamnèse particulièrement détaillée aussi bien sur le plan personnel, familial que socioprofessionnel et affectif. Il contient également les réponses données par le recourant à diverses questions touchant la vie quotidienne (déroulement de la journée, loisirs, relations sociales et situation financière) de même qu'une description précise de ses plaintes et un résumé des principales pièces médicales à disposition de l'expert. Dans ce contexte, il convient également de souligner le caractère exhaustif des explications données quant aux diagnostics retenus et écartés (s'agissant notamment du trouble bipolaire et du trouble du déficit de l'attention).

Expliquant la méthodologie qu'il avait suivie, le Dr K. _____ a souligné qu'il favorisait des approches diagnostiques qui différenciaient les informations venant de l'expertisé de celles observées par l'expert. Les premières étaient susceptibles d'être influencées par des facteurs extra- médicaux, le ressenti personnel du sujet, son éventuelle tendance à l'accentuation et sa situation sociale. L'expert a également précisé qu'il ne travaillait pas d'emblée avec les échelles « classiques », par exemple l'échelle de dépression de type MADRS ou Hamilton (contenant 13 critères sur les 21 issus de l'auto-évaluation), même si elles étaient désignées « hétéro-évaluation ». Il en allait de même pour d'autres questionnaires d'auto-évaluation. Il a déclaré privilégier les critères établis dans la Classification Internationale des Maladies, tels que figurant dans sa dixième révision (CIM-10). bb) Le recourant souffre de troubles mixtes de la personnalité avec éléments de type narcissique, histrionique, borderline et paranoïaque (F61.0) et de troubles obsessionnels-compulsifs avec pensées obsédantes et comportements compulsifs (F42.2). Ainsi qu'on vient de le relever, le Dr K. _____ a clairement expliqué les raisons ayant fondé son appréciation. A la lecture de son rapport, force est de constater que le recourant

- 18 - conserve des ressources non négligeables malgré son impulsivité et sa nervosité. Au cours de sa vie, il avait effectué de nombreux voyages au cours desquels il lui était arrivé de se retrouver dans des situations périlleuses dont il était parvenu à se tirer grâce son sang-froid. Il avait relaté ses souvenirs dans un livre, dont la publication lui avait valu d'être invité par divers médias. Sur le plan de la vie quotidienne, le recourant assume les courses, s'occupe de la gestion administrative et des paiements, conserve un réseau social et fréquente des clubs de rencontres. D'après l'expert, s'il existe une pathologie de la personnalité avec impact sur la capacité de travail, le recourant n'en demeure pas moins apte à s'insérer dans différents contextes. Encore faut-il qu'ils lui conviennent et soient de

nature à lui garantir une certaine indépendance. Si celle-ci lui est assurée, il a une aptitude à fonctionner et à s'adapter. Ses réserves d'adaptation et de débrouillardise existent toujours. L'énergie actuellement investie dans la recherche de relations féminines peut être canalisée dans une profession adaptée à sa problématique qu'il lui incombe de trouver. S'agissant de la définition d'une activité exigible, l'expert est d'avis que le recourant peut travailler à 50 % dans des emplois qu'il choisit lui-même. Ainsi, toute activité indépendante ou semi-indépendante, telle celle de représentant médical, est exigible, à condition qu'elle n'implique pas une pression exagérée. b) Les conclusions du Dr K. _____ ne sont pas remises en cause par les remarques formulées par le Dr F. _____ dans ses prises de position des 9 mars 2018 et 7 octobre 2019. aa) Dans son rapport du 9 mars 2018, le Dr F. _____ s'est étonné que le Dr K. _____ n'ait pas diagnostiqué un trouble bipolaire au regard des idées suicidaires et de dévalorisation, des insomnies massives, de la diminution de la concentration et de l'attention présentées par l'assuré. Selon l'expert, il n'y avait toutefois pas de description de plusieurs épisodes (au moins deux exigés) au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du patient étaient profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur, tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et des activités.

- 19 - Le fait de se fonder sur l'hospitalisation à la Clinique J. _____ n'était d'aucun secours au Dr F. _____ car le diagnostic de trouble bipolaire n'avait pas été retenu. En outre, un traitement spécifique pour cette pathologie n'avait pas été prescrit. En ce qui concerne le trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité également retenu par le Dr F. _____, le Dr K. _____ a expliqué qu'il était difficile de se prononcer sur un tel diagnostic. L'assuré présentait effectivement un certain nombre de critères de ce trouble (par exemple couper la parole, inattention, etc.) mais ces symptômes pouvaient tout aussi bien être liés au problème de personnalité. Le fait qu'il n'y ait pas eu de changement significatif sous traitement de Ritaline semblait plutôt infirmer cette hypothèse diagnostique. S'agissant finalement du diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes d'intensité légère – sans répercussion sur la capacité de travail –, le Dr K. _____ a reconnu s'être écarté de la codification formelle de la CIM-10 dans le but d'être le plus possible différencié et précis. Cette pratique est au demeurant courante chez d'autres psychiatres ou experts. bb) On rappellera que ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail ; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient n'est dans ce contexte que secondaire (ATF 132 V 65 consid. 3.4 et les références). Dans son rapport complémentaire du 6 septembre 2019, le Dr K. _____ a souligné qu'il ne ressortait pas des explications du Dr F. _____ la prise en compte des nombreuses ressources dont disposait son patient. En dépit du tableau clinique très impressionnant présenté par l'assuré, l'expert s'est en effet efforcé de fournir des explications détaillées quant aux réserves (qu'il a également appelées « débrouillardise ») lui permettant d'esquisser le type d'activités exigibles. Dans la mesure où le psychiatre traitant n'explique pas en quoi la reconnaissance des diagnostics de trouble bipolaire et de trouble de l'attention aurait une influence sur l'analyse des ressources disponibles, la question diagnostique n'a pas d'influence sur le sort du litige, si bien qu'elle souffre de demeurer indéterminée. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, le Dr K. _____ a retenu que l'assuré disposait d'une

- 20 - capacité de travail de 40 à 50 % adaptée à sa problématique alors que le Dr F. _____ a estimé qu'elle n'excédait pas 30 %. Cette différence résulte du fait que le psychiatre traitant se réfère strictement aux observations cliniques, tandis que l'expert les a confrontées aux autres éléments du dossier et, dans ce cadre, a mis en évidence une tendance du recourant à la dramatisation. Concrètement, celui-ci amenait toutes sortes d'arguments pour souligner son dysfonctionnement et en déduire une incapacité de travail. Tout en reconnaissant que le tableau clinique est très impressionnant, le Dr K. _____ rappelle également avoir décrit en plusieurs endroits de son expertise à quel point l'assuré s'était déchaîné, avait dramatisé, surjoué et exagéré. On ajoutera que s'il est vrai que l'exagération des symptômes de la part d'une personne assurée peut dans certains cas constituer un facteur d'exclusion du caractère invalidant de l'atteinte (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 8C_825/2018 du 6 mars 2019 consid. 6.1 ; 9C_602/2016 du 14 décembre 2016 consid. 5.2.2), l'expert a néanmoins reconnu que le recourant souffrait de troubles mixtes de la personnalité avec éléments de type narcissique, histrionique, borderline et paranoïaque. L'expert n'a ainsi pas été insensible aux sollicitations et plaintes parfois démonstratives du recourant dans le cadre de son évaluation de la capacité de travail. cc) Dans ses mémoires de recours, l'assuré signale un certain nombre d'inexactitudes dans le rapport d'expertise du Dr K. _____ dont l'accumulation en entacherait l'objectivité. On ne voit toutefois pas – et le recourant ne l'explique pas – en quoi ces erreurs – pour autant qu'elles soient avérées – seraient significatives pour l'issue de l'expertise et les conclusions que celle-ci contient. c) Sur le vu de ce qui précède, il convient de confirmer l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er août 2015 basé sur un degré d'invalidité de 55 %. Dès lors que les taux d'incapacité de travail retenus par l'intimé concernent tant l'activité habituelle que toute autre activité adaptée à la problématique psychique du recourant, il n'est pas nécessaire de procéder à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA. Dans un tel cas de figure en effet, le taux d'invalidité se confond - 21 - avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; 9C_137/2010 du 19 avril 2010).

E. 6

Le recourant reproche à l'office intimé de ne pas avoir précisé dans quel type d'activités concrètes il disposerait d'une capacité résiduelle de travail. a) En ce qu'elle prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable, la seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à sa santé. En d'autres termes, pour établir si l'on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si l'on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 ; TF 9C_793/2008 du 18 mai 2009 consid. 2.4). b) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un

cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI

- 22 - 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). c) En l'occurrence, s'il eût été certainement judicieux que l'office AI donne au recourant des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail propose suffisamment de postes de travail qui soient adaptés au fonctionnement psychique de l'intéressé, étant précisé que le recourant ne présente aucune limitation d'ordre physique (cf. rapport du Dr P. _____ du 19 juillet 2016).

E. 7

Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans ses écritures – à savoir, son audition personnelle – doit dès lors être rejetée. Dans la mesure où le recourant a pu s'exprimer tout au long de la procédure et produire toutes pièces à l'appui de ses allégations, on ne voit pas en quoi son audition pourrait être utile. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

E. 8

a) En définitive, les recours, mal fondés, doivent être rejetés et les décisions attaquées confirmées. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de

- 23 - prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGGA et 55 LPA-VD).

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