

VD_GERICHTE ZD20.020118 vom 21. Dezember 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-12-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.020118

FR: VD_GERICHTE ZD20.020118 du 21 décembre 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.020118 del 21 dicembre 2021

Erwägungen

E. 1

a) aa) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). bb) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours du 24 juin 2020 est recevable, étant précisé que l'assuré dispose d'un intérêt digne de protection pour recourir immédiatement contre la décision relative au principe même de l'expertise, au motif qu'il s'agirait d'une simple « second opinion » inutile à l'établissement des faits (cf. Jean Métral, Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 41 ad art. 56 LPGA) .

- 11 - b) Le recourant a également saisi la Cour de céans le 27 mai 2020 pour un déni de justice, au motif que l'intimé refusait de statuer sur sa demande de prestations et a conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que l'intimé soit condamné à rendre sans délai une décision sur son droit aux prestations. L'art. 24 al. 1 LPA-VD prévoit que l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires se rapportant à une situation de faits identique ou à une cause juridique commune. Dans la mesure où les recours des 27 mai 2020 et 24 juin 2020 se rapportent à une situation de faits identique et à une cause juridique commune, il convient de joindre les causes et de se prononcer sur les deux recours dans un seul et unique arrêt.

E. 2

a) Dans le cas d'espèce, l'intimé a considéré que le rapport d'expertise du Dr B._____ ne présentait pas une valeur probante suffisante pour trancher le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité et que le dossier, encore incomplet, nécessitait un complément d'instruction sous forme d'une nouvelle expertise. Sur requête du recourant, il a rendu une décision incidente le 28 mai 2020 confirmant le principe de la mise en œuvre d'une expertise. De son côté, le recourant a contesté le bienfondé d'une instruction complémentaire. Estimant que son dossier était complet et permettait qu'il soit statué en l'état sur sa demande de rente, il a introduit devant la Cour de céans un recours pour déni de justice, considérant que c'était sans fondement que l'autorité intimée tardait à rendre sa décision (recours du 27 mai 2020). Il a ensuite contesté la décision de mise en œuvre d'une nouvelle expertise (recours du 24 juin 2020). b) La notion de déni de justice, déduite de

l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), confère notamment à toute personne le droit à ce que sa cause soit jugée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité en ce sens qu'elle prohibe le retard injustifié à statuer. Le

- 12 - caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, notamment l'ampleur et la difficulté de celle-ci ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.1 ; TF 9C_140/2015 du 26 mai 2015 consid. 4). Un déni de justice ne peut intervenir que si l'autorité appelée à statuer dispose d'un dossier complet lui permettant de rendre sa décision en toute connaissance de cause. Doit ainsi être préliminairement tranchée la question de savoir si l'expertise du Dr B. _____ revêt une pleine valeur probante et permet de statuer en toute connaissance de cause sur la question du droit aux prestations du recourant. Si tel ne devait pas être le cas, le grief de déni de justice serait infondé, dans la mesure où il ne pourrait pas être reproché à l'intimé de tarder à statuer sans motif valable, alors que son dossier ne serait pas encore instruit à satisfaction. En revanche, si le rapport d'expertise du Dr B. _____ devait être qualifié de probant, il conviendrait de considérer que l'intimé avait en mains tous les éléments lui permettant de rendre une décision, sans chercher à compléter son dossier par une nouvelle expertise, qui devrait alors être considérée comme une « second opinion », proscrite par la jurisprudence. Devrait alors être examinée la question du déni de justice. On relèvera à ce propos que, selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une « second opinion » sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelle mesure et quelle étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 330 consid. 5.2, 137 V 210 consid. 3.4.2.7; TF 8C_776/2018 du 9 mai 2019 consid. 5.1;

- 13 - 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1 et les références citées ; cf. également Jacques-Olivier Pigué, Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 10 ad art. 43 LPGA ; Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., nos 12 et 17 ad art. 43 LPGA). La nécessité de mettre en oeuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4 ; cf. également consid. 4b ci-dessous sur la question du caractère probant d'un rapport d'expertise).

E. 3

a) 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 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain, qui ne peut être retenue que si elle est objectivement insurmontable (art. 7 al. 2 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. b) Selon la jurisprudence, les affections psychosomatiques, les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6

- 14 - et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Il convient d'abord que soit posé par un expert un diagnostic s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'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 déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit 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 – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). c) 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,

- 15 - 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 atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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. Les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient cependant aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. En particulier, l'évaluation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281, dont les principes ont ultérieurement été étendus à l'ensemble des troubles psychiques ou psychosomatiques (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 et les références citées ; voir consid. 3a infra). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les

- 16 - 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

E. 5

a) Dans le cas d'espèce se pose en premier lieu la question de savoir si l'instruction menée par l'OAI suffit à trancher la demande de prestations du recourant en toute connaissance de cause, et singulièrement si le rapport d'expertise du Dr B. _____ et son complément peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dans son rapport du 23 octobre 2019, l'expert B. _____ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), d'abord réactionnel à une surcharge professionnelle, puis devenu endogène sous forme de dépression d'épuisement, et de trouble panique « anxiété épisodique paroxystique » d'intensité moyenne (F41.00), présent depuis fin 2017, et dont l'intensité ainsi que les manifestations étaient strictement liées aux situations de stress réelles ou imaginaires vécues par l'intéressé. Le Dr B. _____ a indiqué que le recourant présentait manifestement un tableau clinique dépressif réactionnel, une sorte de dépression d'épuisement caractérisée par une fatigue extrême mais aussi un sentiment de dévalorisation, d'inutilité, qui ensuite déclenchait le symptôme d'angoisse, ressentie d'abord sous forme aiguë et paroxystique, puis qui se cristallisait en une série de réactions

- 17 - phobiques, telles que la peur d'avoir une attaque de panique ou la peur de ne plus être à la hauteur de la tâche à accomplir. Les affects dépressifs s'exprimaient à travers le corps et puis la phobie et l'évitement de toutes situations qui provoquaient l'angoisse. Alors dépression et angoisse s'alimentaient et s'entretenaient mutuellement dans un cercle vicieux qui semblait être encore d'actualité, malgré la mise en place d'une prise en charge spécialisée. Compte tenu de ces éléments, le Dr B. _____ a estimé que la capacité résiduelle de travail du recourant était limitée à 10 % pour encore six mois, à la suite de quoi elle pourrait s'élever à 50-60 %. b) Tel qu'il l'a été rappelé ci-dessus, l'examen d'une éventuelle invalidité suppose avant toute chose qu'un diagnostic ait été posé par un spécialiste dans les règles de l'art, dans le cadre d'une évaluation médicale qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux (cf. consid. 3b et 4b supra). Or, dans le cas d'espèce, déjà au stade du diagnostic, les conclusions du Dr B. _____ manquent de substance et de motivation, se révélant même contradictoires sous certains aspects. aa) S'agissant du diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), dans son rapport d'expertise du 23 octobre 2019, le Dr B. _____ a retenu l'existence de trois symptômes de base (humeur triste continue, manque d'énergie et fatigabilité, perte d'intérêt pour ce qui fait habituellement plaisir ; critères A selon la définition de la CIM-10), cinq symptômes typiques de la dépression surajoutés (trouble du sommeil, perturbation de l'appétit, troubles de la concentration, pessimisme, perte de l'estime et de la confiance en soi ; critères B), et quatre symptômes somatiques typiques de la dépression (polarité matinale des troubles, ralentissement, diminution marquée de la libido et manque de réactivité émotionnelle), alors que dans son complément d'expertise du 16 janvier 2000 ne figurent plus que deux critères A, la fatigabilité n'étant plus retenue. Si cette contradiction peut relever d'une erreur de plume, plusieurs critiques doivent être soulevées quant à la manière dont l'expert a motivé son diagnostic de la lignée dépressive, en n'apportant que peu de substance circonstanciée, hormis une

- 18 - énumération de symptômes, qui ne permet pas d'apprécier de quelle façon et avec quelle intensité l'atteinte se concrétise dans le cas précis du recourant. On s'étonnera en premier lieu que le Dr B. _____ retienne l'existence de troubles de la concentration, allant même jusqu'à évoquer des capacités d'attention et de concentration considérablement amoindries (cf. rapport d'expertise p. 29), alors que dans le compte rendu de son examen clinique, il a indiqué qu'il n'avait pas objectivé d'élément en faveur d'un trouble cognitif grossier, l'attention et la compréhension étant conservées. L'expert a précisé à cet égard qu'il n'avait pas relevé de troubles de la mémoire ni de troubles de la concentration, durant un entretien qui a pourtant duré 3h45 (cf. rapport d'expertise p. 17). Il apparaît que l'expert a en fait repris les plaintes du recourant, qui avait principalement évoqué une erreur conséquente de virement à l'épicerie de son quartier (laquelle est toutefois survenue de longue date, puisque l'assuré avait déjà relaté cet épisode à la Dre N. _____) ainsi que des erreurs dans ses paiements. Les pièces au dossier ne renseignent toutefois pas sur la fréquence de ces erreurs, de sorte qu'il n'est pas possible de leur attribuer une importance dépassant de ponctuelles étourderies sans caractère pathologique. Au Dr S. _____ qui l'interpellait sur l'apparente incohérence de ses constatations, le Dr B. _____ a répondu le 16 janvier 2020 que, lui-même frappé par cette discrédance, il avait interrogé l'assuré, qui lui avait répondu qu'il avait renoncé à prendre son traitement sédatif le jour de l'expertise, pour être plus lucide et avoir moins de défaillance durant l'examen. On s'explique difficilement que l'expert n'a pas jugé utile de mentionner cette information dans son rapport initial, pas plus qu'il ne l'a examinée sous un angle diagnostic, en lien avec un éventuel trouble lié à

l'utilisation ou la dépendance à un médicament. Pourtant, le Dr B. _____ avait relevé que la médication de l'assuré au moment de l'expertise était très sédatrice, compte tenu du choix d'un antidépresseur connu pour déployer de tels effets, additionné à deux anxiolytiques à base de benzodiazépines de deux classes différentes, tous deux à fortes doses, qui selon l'expert devaient être éliminés à tout prix (cf. rapport d'expertise p. 27). Il avait ainsi préconisé un sevrage

- 19 - urgent des benzodiazépines utilisées, qui étaient incompatibles avec n'importe quel type d'activité dans l'économie libre en raison de leur effet sédatif et de leur fort potentiel addictogène. L'expert avait attribué à cette médication inappropriée l'évolution encore torpide de l'état de santé du recourant (cf. rapport d'expertise p. 20 et 32). Compte tenu de ces éléments, il aurait été approprié d'examiner la question des effets de la médication du recourant sur un plan diagnostic, afin de déterminer si les éventuels troubles cognitifs et la fatigabilité invoqués par l'intéressé pouvaient vraiment être attribués à un épisode dépressif. Conclure dans ce sens comme l'a fait l'expert, sans plus ample discussion, n'est pas convaincant. En tout état de cause, les éléments au dossier ne suffisent pas à étayer des troubles cognitifs que l'expert n'a pas lui-même constatés durant près de quatre heures d'entretien, qui n'ont au demeurant pas été objectivés par des tests psychologiques ou neuropsychologiques, qui ne sont que rapportés par le recourant et qui sont possiblement attribuables à une médication inadéquate, et non pas à un trouble de la lignée dépressive. Parmi les symptômes typiques de la dépression (critères B), le Dr B. _____ a également retenu des troubles du sommeil, sans qu'il soit possible de précisément saisir de quelle manière ils s'exprimaient, ni avec quel degré de gravité. Ainsi, dans le cadre de l'anamnèse, l'expert a relevé que le recourant se levait en général à 7h, pour se coucher entre 22h30 et 1h du matin, sans qu'il ressorte toutefois de cette description de quelconques troubles dans le déroulement de la nuit (cf. rapport d'expertise p. 16). De même, à l'issue de l'examen clinique, le Dr B. _____ a évoqué une mauvaise qualité du sommeil, sans aucune précision, hormis le fait que le recourant était amené à faire une sieste l'après-midi (cf. rapport d'expertise p. 17). Enfin, au chapitre de l'évaluation médicale et médico-assurantielle, le Dr B. _____ a mentionné une évolution en partie favorable avec disparition de l'insomnie, remplacée par une tendance à l'hypersomnie ou un besoin de faire des siestes (cf. rapport d'expertise p. 20). Ce n'est qu'après interpellation du SMR que le Dr B. _____ a évoqué des cauchemars récurrents, des difficultés d'endormissement – alors même qu'il avait annoncé une

- 20 - disparition de l'insomnie – et dans une moindre mesure des réveils nocturnes et un réveil matinal précoce, le tout accompagné d'apnées du sommeil, apparemment non prises en charge. Il a également précisé à la demande du Dr S. _____ que les troubles du sommeil s'exprimaient par des difficultés de concentration et d'attention, qui, comme examiné supra, n'ont toutefois pas pu être objectivées durant l'examen d'expertise et reposent sur les seules plaintes subjectives du recourant. L'expert a encore indiqué le 16 janvier 2000 qu'il avait pu constater des signes objectifs de fatigue surtout en début et en fin d'entretien. S'il est exact qu'il avait indiqué avoir rencontré un assuré un peu tendu et ralenti au début d'entretien, il avait ensuite précisé qu'au fil des minutes, l'assuré avait semblé plus à l'aise et développé un récit riche, nuancé, cohérent, formellement bien construit et informatif. Le fait que le recourant ait pu ressentir une fatigue en fin de l'entretien, que l'expert n'avait au demeurant pas signalée dans son rapport initial, ne suffit pas à attester d'une symptomatologie particulière, compte tenu de la pression normale inhérente à une

démarche d'expertise, et par la longueur de l'entretien, qui a duré 3h45. En définitive, les éléments évoqués par l'expert, insuffisamment étayés, ne permettent pas d'objectiver des troubles du sommeil, ni d'en évaluer la gravité et l'impact sur les aptitudes du recourant. De même, s'agissant de la perturbation de l'appétit, l'expert a mentionné dans le cadre de son examen clinique une perte pondérale involontaire pour manque d'appétit (cf. rapport d'expertise p. 17), pour ensuite, dans le cadre de l'appréciation du cas, faire état d'une normalisation de l'appétit (cf. rapport d'expertise p. 20). Interpellé par le SMR sur les éléments lui ayant permis d'objectiver une perte de poids, le Dr B._____ a indiqué qu'une grave perte de poids était évidente au vu de signes indirects, tels que des habits trop larges et un visage amaigri, parfaitement compatibles avec la perte de 10 kg alléguée par le recourant, sur une personne de taille moyenne et de constitution que l'expert qualifie d'athlétique, on ne sait sur quelle base. Ces considérations, insuffisamment circonstanciées et en partie contradictoires, ne suffisent pas à fonder de manière probante un

- 21 - disfonctionnement alimentaire en tant que symptôme constitutif d'une dépression. Aurait également mérité d'être examinée plus en détails la journée type-du recourant. L'expert n'aurait en effet pas dû se contenter des informations données par l'assuré, qui a indiqué ne pas avoir de journée-type, « parce que ça dépend des moments » et qui a décrit la journée de la veille à titre d'exemple. Certes, toutes les journées ne se présentent pas de la même manière. Cependant, la veille d'une expertise psychiatrique ne paraît pas représentative, tant il est vrai qu'elle est inmanquablement associée à un certain degré de stress et d'anxiété, susceptible de diminuer les ressources de tout un chacun. L'expert aurait dû approfondir la question et interroger le recourant sur les autres activités qui prenaient une place importante dans la description des journées-types relatées par la Dre N._____. Tel était notamment le cas de la relation de l'assuré avec ses deux filles, qu'il accueillait avec plaisir au retour de l'école et aidait à faire leurs devoirs. La Dre N._____ avait également relevé que l'assuré s'occupait du jardinage, qui lui apportait de la satisfaction, qu'il regardait la télévision, appréciait les reportages, écoutait beaucoup de musique, en particulier les tubes des années 70, aimait lire, privilégiant les essais et les journaux traitant de politique, d'économie ou du Siècle des Lumières, bien que la lecture lui était devenue difficile. La Dre N._____ avait encore évoqué le chien de la famille, avec lequel le recourant disait ressentir une certaine complicité, et qu'il se plaisait à emmener en promenade (cf. rapports d'expertise de la Dre N._____ du 8 mars 2018 p. 4 et du 23 octobre 2018 p. 4). L'anamnèse établie par le Dr B._____, incomplète, ne permet pas de déterminer si ces activités ont disparu de la vie du recourant, ou si elles n'ont ponctuellement pas fait partie de son programme de la veille de l'expertise ; elle ne peut donc pas être considérée comme complète. Les considérations du Dr B._____ relatives à la gravité de l'atteinte ne convainquent pas non plus. L'expert a en effet indiqué que le niveau actuel de la dépression oscillait entre des périodes de dépression légère et de dépression moyenne au gré de la confrontation du recourant

- 22 - à des situations stressantes de la vie courante, telles que l'expertise médicale ou un entretien avec des clients. Si l'on peut douter que des éléments aussi ponctuels qu'un examen d'expertise puisse suffire à établir une péjoration durable de la gravité d'un épisode dépressif, on constate que l'expert n'explique en rien pour quels motifs il a finalement retenu la présence d'un épisode de degré moyen, et non léger. Le Dr B._____ fait également état d'une amélioration qui aurait permis de sortir d'un épisode dépressif grave tel qu'il existait initialement, alors qu'aucune mention d'un épisode dépressif grave ne figure au

dossier en mains du tribunal. En définitive, trop de doutes subsistent s'agissant de la prévalence d'un trouble de la sphère dépressive, notamment de sa gravité, qui dépend du nombre de symptômes vérifiés dans un cas d'espèce. Il ne peut donc pas être retenu comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant souffre d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), ce diagnostic n'ayant pas été établi de manière suffisamment probante. bb) Le même constat s'impose s'agissant du diagnostic de trouble panique « anxiété épisodique paroxystique » d'intensité moyenne, présent depuis 2017, selon le Dr B._____. A l'instar du SMR, il y a lieu de constater que l'objectivisation et l'intensité du trouble anxieux ne sont pas établis de manière suffisamment probante. Dans son rapport du 23 octobre 2019, l'expert s'est essentiellement employé à citer de la doctrine médicale et à rapporter les plaintes du recourant, qui évoque des « malaises » spontanés, avec une composante somatique végétative, telle que tachycardie, sensation d'oppression thoracique, associés à un stress, qui lui font notamment renoncer à aller en ville de peur qu'une crise survienne lorsqu'il est loin de chez lui. L'expert a indiqué qu'il avait mis en évidence la composante anxieuse évoquée par l'expertisé à plusieurs reprises durant l'entretien, mais il n'a pas circonstancié ni motivé cette appréciation, hormis par une brève affirmation selon laquelle l'assuré avait présenté « une certaine nervosité déjà à la salle d'attente et puis durant l'entretien d'expertise ». Interpellé à ce propos dans le cadre du complément d'expertise, le Dr B._____ n'a pas fourni plus de précisions

- 23 - (cf. réponse à la question 1, p. 2). Ne convainc pas non plus le constat de l'expert selon lequel « la description détaillée et chronologique que l'assuré a fourni de ses crises ne [pouvait] pas être simulée ou apprise par cœur si on ne l'[avait] par vraiment vécu sur sa propre peau » (cf. rapport d'expertise p. 26). Comme le relève l'expert lui-même, un trouble panique implique une certaine récurrence des crises, qui ne ressort toutefois pas de son rapport initial. On peine d'ailleurs à suivre l'expert lorsqu'il tranche en faveur d'un trouble panique de gravité moyenne, qui selon ses références à la CIM-10, implique au minimum quatre attaques de panique en l'espace de quatre semaines, alors que son rapport n'évoque que deux épisodes, survenus plus de deux ans avant l'expertise, en août et novembre 2017. La simple mention, en regard du diagnostic et de ses exigences en termes de récurrence « (comme c'est le cas de l'assurée [sic]) » (cf. rapport d'expertise p. 21), ne saurait suffire à fonder un diagnostic de manière probante. Interpellé par le Dr S._____ sur la fréquence des attaques de panique, le Dr B._____ s'est limité à indiquer que la dernière en date avait eu lieu deux jours avant l'entretien d'expertise, crise qui avait empêché l'assuré d'honorer un rendez-vous avec un client en fin de journée. Outre le fait qu'il est difficilement compréhensible que cette information n'ait pas figuré à l'anamnèse du rapport d'expertise du 23 octobre 2019, qui se révèle ici également lacunaire, il convient de constater qu'un troisième épisode sur une période de deux ans ne suffit pas à conclure valablement à l'existence d'un trouble panique, qui plus est de gravité moyenne. On notera à cet égard que Dre F._____ avait indiqué qu'il n'était pas possible de définir la fréquence précise des attaques de panique (cf. rapport du 18 février 2018). C'est ainsi à juste titre que le SMR a considéré que la symptomatologie anxieuse était insuffisamment motivée pour être retenue, de même que le trouble panique, dont le nombre requis de crises de panique n'a pas été contextualisé et détaillé (cf. avis du SMR du 27 mars 2020).

- 24 - c) L'absence de diagnostics posés lege artis empêche toute analyse de leur éventuel effet sur la capacité de travail du recourant à la lumière du catalogue d'indicateurs fixés par

le Tribunal fédéral, singulièrement de déterminer en quoi les diagnostics pourraient impacter les ressources de l'assuré (cf. consid. 3b supra). Se révèle notamment impossible l'analyse du premier groupe d'indicateurs ayant trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, lequel implique entre autres la prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic. C'est le lieu de relever que l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr B. _____ manque également de clarté et de précision. Au chapitre 8 de son rapport d'expertise, le médecin a attesté une incapacité de travail de 90 à 100 % durant encore six mois, afin de permettre à l'assuré de poser des objectifs raisonnables et réalistes pour son avenir professionnel, à la suite de quoi l'assuré serait en mesure de recouvrer une capacité de travail partielle, de 50 à 60%, appréciation qu'il a confirmée dans son complément d'expertise du 16 janvier 2020. Ce constat appelle plusieurs remarques. D'une part, les circonstances évoquées par l'expert ne sont pas de nature à justifier une incapacité de travail, qui doit être légitimée par une atteinte à la santé, et non pas par l'élaboration de nouvelles perspectives professionnelles. D'autre part, les raisons de la persistance d'une incapacité de travail de 40 à 50 % n'apparaissent pas clairement. L'expert l'explique par la fragilisation psychique et physique de l'assuré, précisant que la décompensation anxiodépressive du recourant a eu des incidences non seulement sur son état de santé psychique mais également au plan somatique, l'atteinte cardiaque (même si actuellement compensée) ayant selon lui probablement un impact durable et définitif sur la qualité de vie de l'assuré, qui n'est de ce fait plus en mesure d'assumer une cadence et une charge de travail similaire à celles qu'il effectuait avant son atteinte à la santé. Or, en sa qualité de psychiatre, le Dr B. _____ n'a pas la spécialisation lui permettant de se prononcer en toute connaissance de cause sur des aspects touchant à d'éventuelles atteintes cardiologiques, dont le dernier avis spécialisé est celui du Dr Z. _____, qui avait fait état

- 25 - en novembre 2017 et janvier 2018 d'une évolution post-opératoire favorable, l'assuré ne présentant plus qu'une petite insuffisance mitrale et une cardiopathie hypertensive débutante. On peine également à comprendre la raison pour laquelle prévaudrait une incapacité de travail de 40 % à 50 %, alors que dans le cadre de son expertise, le Dr B. _____ a également indiqué que le degré de succès prévisible des adaptations de traitement suggérées au plan des symptomatologies dépressive et anxieuse devrait être quasi-total dans le cas du recourant (cf. rapport d'expertise p. 32). L'expert semble en fait ne pas faire la distinction qui s'impose entre l'activité habituelle exercée par le recourant, agent général, qui implique à n'en pas douter des responsabilités, une pression et un engagement très élevés possiblement plus exigibles, et une activité adaptée à son état de santé, sans fonction de cadre ni responsabilité de management. Interpellé par de Dr S. _____ sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité administrative simple sans facteur de stress, le Dr B. _____ a renvoyé à l'avis d'un spécialiste en réhabilitation, tout en ajoutant qu'obliger une personne de 57 ans à changer de métier et travailler par exemple « aux contributions » risquait d'avoir un effet contre-productif. Ce faisant, il a omis que, dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, son rôle d'expert impliquait qu'il apprécie non seulement la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, mais également l'exigibilité dans une activité adaptée, n'impliquant pas des charges que les limitations fonctionnelles de l'assuré ne lui permettaient plus d'assumer. Or, le Dr B. _____ n'explicite pas en quoi l'état de santé de l'intéressé ne l'habilitait pas à exercer la fonction d'agent d'assurance, ou toute autre activité adaptée, à plein temps. Le fait que, selon l'expert, l'assuré devrait travailler à 400% pour retrouver son niveau salarial d'antan, avec le risque

d'une rechute anxieuse dépressive, une attaque cardiaque ou des crises de type vago-vagal, n'est à ce titre pas déterminant (cf. rapport d'expertise p. 22 et 26). d) En définitive, il apparaît que le rapport d'expertise du Dr B. _____ ne peut se voir reconnaître une valeur probante suffisante pour trancher la question du droit aux prestations du recourant. Les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et les

- 26 - éléments au dossier de l'intimé ne suffisent pas à statuer valablement sur la demande de prestations du recourant. Cela étant, c'est à juste titre que l'intimé a confirmé la nécessité de poursuivre l'instruction par sa décision du 28 mai 2020, qui est fondée. De ceci découle le constat que le recours introduit par J. _____ pour déni de justice est infondé ; l'intimé ne peut valablement se voir reprocher un retard à statuer, dans la mesure où son dossier n'est pas complet et nécessite un complément d'instruction. Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'audition de témoins du recourant, dès lors que cette mesure ne suffirait pas à compléter le dossier de l'intimé à satisfaction.

E. 6

a) En conclusion, le recours pour déni de justice et celui déposé à l'encontre de la décision du 24 juin 2020, mal fondés, doivent être rejetés. La décision du 24 juin 2020 est confirmée et la cause est transmise à l'intimé comme objet de sa compétence, pour la poursuite de l'instruction. b) La procédure donne lieu à la perception de frais, qu'il convient de fixer à 400 fr. et de mettre à charge du recourant, dont les conclusions n'ont pas été suivies (art. 45 et 46 al. 3 LPA-VD ; art. 1 et 4 al. 1 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

- 27 -

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