

VD_GERICHTE ZD20.021631 vom 17. August 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-08-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.021631

FR: VD_GERICHTE ZD20.021631 du 17 août 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.021631 del 17 agosto 2021

Erwägungen

E. 4

Êtes-vous en mesure de confirmer les incohérences relevées par le Dr L. _____, en particulier au sujet des dates différentes concernant l'apparition des hallucinations, son mode de vie, respectivement l'absence de plaintes psychotiques ? dans la négative, pour quels motifs ? Non. Je ne confirme pas les incohérences relevées par le Dr L. _____. A chaque psychiatre qu'il a rencontré, M. B. _____ a affirmé avoir présenté la symptomatologie psychique et en particulier psychotique suite au trouble neurologique en 2013. La symptomatologie hallucinatoire en particulier n'est pas décrite dans les rapports [...], du Centre hospitalier C. _____ et [...], mais elle n'a pas fait l'objet d'une recherche active. Rappelons qu'à chaque fois qu'il a été hospitalisé, il était dans un service de neurologie et qu'aucune consultation psychiatrique n'a été demandée. Une évaluation psychiatrique n'a donc jamais été faite jusqu'à celle de la Dre H. _____ à [...]. A aucun moment, il n'est mentionné de symptomatologie psychique (qu'elle soit psychotique, dépressive ou anxieuse) pour cette raison. De plus, il est connu et reconnu que les patients présentant des symptômes psychotiques n'en parlent pas spontanément dans les premiers temps pour toutes sortes de raisons (peur qu'on le prenne pour un fou, peur de devenir fou notamment). Ce point est d'autant plus important que le patient n'a pas présenté d'antécédents psychiques jusqu'à cette date. [...]

E. 5

De même et toujours sur un plan psychiatrique, êtes-vous en mesure de confirmer les observations établies par le Dr L. _____, à savoir qu'en se fondant sur la concentration sanguine des traitements psychotropes, il ne serait pas possible d'être en présence d'un diagnostic de dépression sévère, mais tout au plus d'un trouble anxieux et dépressif mixte non incapacitant ? Dans la négative, pour quels motifs ? On ne peut en aucun cas corréler un diagnostic avec la concentration plasmatique d'un médicament. Le dosage d'un médicament ne peut être qu'indicatif de la compliance du patient à son traitement ou du métabolisme du médicament par le patient toujours et en aucun cas du diagnostic qui est lui posé en fonction de la clinique et des symptômes présentés.

E. 6

Sur un plan psychique, quel a été l'impact de l'atteinte à la santé du patient au niveau de sa capacité de travail en tant que poseur de voies de chemin de fer, respectivement dans le cadre d'une activité adaptée à son état psychique ? Quelle en a été son évolution ? L'impact de l'atteinte à la santé du patient a entraîné une incapacité de travail à 100 % en tant que poseur de voies de chemin de fer. Le trouble dépressif, ainsi que l'atteinte cognitive chez ce patient (à l'efficacité intellectuelle faible qui resterait à confirmer par des tests complets) impliquent une incapacité totale de travail même dans une activité adaptée à son état

psychique et ce depuis sa première hospitalisation à [...] en 2013. Pour l'instant, l'évolution ne peut pas permettre d'envisager une reprise du travail, même partielle.

- 13 -

E. 7

Êtes-vous en mesure de vous rallier à la constatation que le trouble anxieux et dépressif mixte et la phobie de la foule n'entravent pas l'activité habituelle du patient et n'entraînent pas une diminution de rendement (cf pp. 37, points 3.1 et 3.4) ? En ce sens, serait-il envisageable que le patient travaille en équipe – telle que le requiert l'activité de poseur de voies de chemin de fer – pendant 40 heures hebdomadaires ? Si non, pour quels motifs ? Je ne me rallie pas complètement à la constatation qu'un trouble anxieux et dépressif mixte et la phobie de la foule n'entravent pas l'activité habituelle du patient et n'entraînent pas une diminution de son rendement. En effet, ce sont la sévérité des troubles et les limitations fonctionnelles que celui-ci implique qui peuvent permettre de dire si un trouble a une répercussion sur le travail de la personne. Encore une fois je ne partage pas l'avis du Dr L. _____ par rapport aux diagnostics retenus, mais même dans le contexte d'un trouble anxieux dépressif mixte ainsi que d'un trouble phobique, il peut y avoir des limitations fonctionnelles ne permettant pas le travail en équipe pendant 40 heures hebdomadaires. Dans le cas de M. B. _____, le stress généré par les situations interpersonnelles, l'irritabilité, les difficultés relationnelles ressenties pas le patient contre-indiquent le travail en équipe tel que requiert l'activité de poseur de voies de chemin de fer.

E. 8

Quelle est la capacité de travail du patient dans une activité adaptée en tenant compte exclusivement de la problématique psychique ? En ce sens, serait-il possible de retenir une baisse de rendement de l'ordre de 25 % dans le cadre de l'exercice de toute activité professionnelle, même adaptée, rien que pour ce seul motif ? Le patient présente une incapacité de travail à 100 % et il n'est pas exigible d'envisager une reprise du travail, même partielle. Il n'est pas possible de retenir une baisse de rendement de l'ordre de 25 % dans l'exercice de toute activité professionnelle, même adaptée, étant donné que l'incapacité du patient est totale. [...]

E. 10

Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ? M. B. _____ a commenté lors de notre rencontre avec vous, mais également ultérieurement dans nos entretiens, à ma demande, le fait qu'un traducteur était présent lors de l'expertise à [...], à chaque fois la même personne, mais qu'il s'agissait d'une personne d'origine portugaise ne parlant donc pas l'espagnol. M. B. _____ étant originaire de [...], région dans laquelle est parlé un dialecte proche du portugais, il a pu répondre aux questions de l'expertise et s'entendre avec le traducteur. Cependant, on peut se questionner sur certaines incohérences relevées par le Dr L. _____ et présentées dans l'expertise du fait du patient, comme des incompréhensions en lien avec une traduction approximative. [...] » Par correspondance du 5 septembre 2018, l'assuré a expressément contesté la teneur du rapport du K. _____ du 15 janvier 2018. Il a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité « depuis le 8 août 2013 », subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique et neurologique, se référant pour

- 14 - l'essentiel aux observations communiquées le 19 juin 2018 par la Dre N._____. Par avis du 30 octobre 2018, le SMR a estimé que les conclusions du K._____ demeuraient valables. Les diagnostics retenus par la Dre N._____ ne correspondaient pas aux critères de la CIM-10. L'assuré était à même de voyager et de garder des plaisirs (jouer au football, faire du vélo, nager, regarder un match, danser, écouter de la musique), ce qui parlait en défaveur d'un trouble dépressif sévère. A l'issue d'un projet de décision du 5 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de nier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il a considéré en substance qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, sa capacité de travail était de 70 % dans une activité adaptée à son état de santé (soit 100 % avec une diminution de rendement de 30 %). Un degré d'invalidité de 36 %, déterminé par comparaison des revenus, excluait le droit à une rente. Des mesures professionnelles ne permettaient par ailleurs pas de diminuer le préjudice économique au vu du profil professionnel de l'assuré. Ce dernier a contesté le projet de décision précité, par courrier du 1er février 2019. Se prévalant des Lignes directrices édictées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP) en matière d'établissement des rapports d'expertise psychiatrique, il a fait grief à l'expert psychiatre du K._____ de ne pas avoir pris contact avec sa psychiatre traitante, d'avoir réalisé son examen par un entretien de 2 h 20 minutes alors qu'il aurait dû être réalisé en plusieurs séances, et d'avoir recouru à un traducteur de langue portugaise et non espagnole, ce qui avait généré d'importantes incompréhensions. L'assuré émettait également des réserves quant au volet neurologique de l'expertise, considérant que la baisse de rendement retenue à hauteur de 30 % était sous-estimée. Enfin, il s'agissait de ne porter aucun intérêt aux avis médicaux du SMR, établis par une spécialiste en pédiatrie qui n'avait pas les compétences professionnelles adéquates pour se prononcer sur son cas. Il a réitéré avoir droit à une rente entière d'invalidité depuis août

- 15 - 2013 et sollicité subsidiairement la mise en œuvre d'une nouvelle expertise sur les plans psychiatrique et neurologique. Était annexé un rapport rédigé le 3 janvier 2019 par les Dres N._____ et P._____, également cheffe de clinique du Service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier C._____, sur questions de Me Métille. Ces praticiennes se sont notamment exprimées comme suit : « [...] Nous reconduisons les diagnostics déjà posés par la Dre H._____, ainsi que par nous-mêmes lors de nos évaluations respectives, à savoir celui d'un trouble dépressif organique sévère avec symptômes psychotiques, un trouble anxieux organique, un trouble panique et de troubles cognitifs légers. En effet, nous pouvons classer dans la catégorie des troubles dus à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral selon la CIM-10, la mise en évidence d'une lésion ou d'un dysfonctionnement cérébral qui entraîne les syndromes en question, à savoir l'épisode dépressif, le trouble panique et le trouble anxieux, ainsi que les troubles cognitifs. A noter également la présence d'une relation temporelle entre la survenue des manifestations de la maladie sous-jacente et la survenue du syndrome psychiatrique, ainsi que l'absence d'arguments en faveur d'une autre étiologie pouvant expliquer la survenue d'un syndrome psychiatrique. Ces critères de la CIM-10 nous permettent donc de retenir l'aspect organique des troubles de notre patient. Par ailleurs, selon la CIM-10 toujours, pour pouvoir retenir un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, il s'agit de pouvoir mettre en avant la présence de 3 symptômes typiques, notamment l'humeur dépressive, la diminution de l'intérêt et du plaisir et l'augmentation de la fatigabilité, qui sont les 3 présents chez M. B._____, associés à au moins 4 ou 5 des autres symptômes dépressifs. Nous pouvons relever comme autres symptômes dépressifs présents une

diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et la confiance en soi très marquée chez lui, des idées de dévalorisation extrêmement marquées, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires qui sont présents de façon régulière et assez marqués chez M. B. _____, et une perturbation du sommeil importante. Nous avons largement les critères pour pouvoir retenir un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques selon la CIM-10 avec les symptômes décrits ci-dessus associés à des symptômes psychotiques. Pour ce qui est du trouble anxieux organique et du trouble panique, en plus des caractéristiques déjà relevées pour l'aspect organique du trouble mentionnées ci-dessus, il faut pouvoir retenir selon la CIM-10 les caractéristiques d'une anxiété généralisée ou d'un trouble panique ou l'association des deux. A noter que les symptômes anxieux sont présents depuis des années chez M. B. _____ avec, selon les critères CIM-10 toujours, une attente craintive, la sensation d'être à bout, des difficultés de concentration, ainsi qu'une tension motrice extrêmement importante chez lui avec une agitation par moments, des céphalées et une incapacité à pouvoir trouver des moments de détente qui correspondent à toute la symptomatologie que présente M. B. _____. Le trouble panique peut également être retenu chez lui pour les mêmes raisons étant donné qu'il correspond tant pour la partie organique que la partie attaques de panique

- 16 - survenant dans des situations variées sans forcément impliquer un danger réel et à des intervalles relativement libres. Tous les éléments que nous avançons ci-dessus correspondent aux critères de la CIM-10 pour retenir les diagnostics précités. Encore une fois, et comme déjà mentionné dans le rapport du 19 juin dernier, la sévérité des symptômes présentés par M. B. _____ est telle qu'elle nous permet de retenir ces diagnostics de façon séparée et non un trouble anxieux et dépressif mixte comme retenu dans l'expertise du début d'année. [...] [...] Les diagnostics que nous retenons de par leur intensité et leur sévérité entraînent une incapacité de travail de façon durable et constante depuis plusieurs années chez M. B. _____. Nous pensons que les diagnostics retenus dans l'expertise médicale ont sous-évalué l'état clinique de M. B. _____. Ils ne correspondent en effet pas à la réalité de ce que nous observons chez notre patient et aux limitations fonctionnelles qu'elles entraînent chez lui. Selon la CIM-10, il s'agit donc de troubles différents qui entraînent des limitations fonctionnelles importantes chez notre patient et qui méritent donc que la situation de M. B. _____ soit réévaluée. 3. Est-ce que le fait que le patient ait été en mesure de rentrer plusieurs fois en Espagne par avion, qu'il soit à même d'utiliser son smartphone pour aller sur les réseaux sociaux et regarder des vidéos, voire qu'il garde des plaisirs (jouer au football, faire du vélo, nager, regarder un match, danser, écouter de la musique, être avec sa famille) demeure compatible ou non avec les diagnostics retenus par vos soins ? Que ce soit dans l'affirmative ou la négative, pour quels motifs ? M. B. _____ a effectivement été en mesure de rentrer plusieurs fois en Espagne par avion et cela sur notre recommandation. En effet, nous avons réalisé que c'est dans son milieu familial que M. B. _____ se sent le plus sécurisé et lui permet de se retrouver dans un environnement plus favorable. En effet, quand M. B. _____ est en Suisse, il présente une symptomatologie d'autant plus accrue car il est extrêmement sensible au stress et au manque d'étayage. Ce stress se manifeste par une recrudescence des symptômes dépressifs, anxieux et psychotiques déjà décrits plus haut. Cependant, le fait que M. B. _____ prenne l'avion ne veut pas dire que ces voyages se passent de façon simple pour lui. [...] Le fait que M. B. _____ prenne l'avion n'est donc de notre point de vue pas un élément pertinent pour contester les diagnostics. A notre connaissance, de plus, il ne s'agit pas d'un élément

médical pertinent pour pouvoir retenir un diagnostic psychiatrique. De la même façon, le fait qu'il soit à même d'utiliser son smartphone pour aller sur les réseaux sociaux ou de regarder des vidéos ne sont pas, à notre connaissance et dans la littérature, des éléments médicaux qui nous permettent de statuer sur un état psychique invalidant ou pas. Pour ce qui est de la partie évoquée concernant les plaisirs que garderait M. B. _____ (jouer au football, faire du vélo, nager, regarder un match, danser, écouter de la musique, être avec sa famille), il s'agit plus d'intérêts que de véritables plaisirs. Comme par ailleurs relevé dans l'expertise faite au Centre d'expertise [...], ce ne sont pas des activités que M. B. _____ pratique. Par contre, il évoque comme des intérêts et comme une stratégie, par exemple le fait

- 17 - d'écouter de la musique, pour essayer de diminuer d'une part son état de stress et ses hallucinations acoustico-verbales, et d'autre part, pour essayer de distraire son attention parasitée par des idées obsédantes et anxiogènes d'auto ou hétéro-agressivité. Être avec sa famille lui permet là aussi d'être dans une situation sécurisante par rapport aux symptômes qu'il ressent, sans les faire disparaître. Cependant même avec ses proches ou en utilisant son smartphone pour diminuer l'intensité des hallucinations acoustico- verbales, les symptômes restent très envahissants. Par exemple lorsque ces voix lui disent de faire du mal à autrui ou bien de se faire du mal à lui-même, aucune des stratégies qu'il peut mettre en place, écouter de la musique ou essayer de regarder une vidéo, ne lui permettent de se détourner de ces idées auto-, voire hétéro- agressives. Il s'agit donc de stratégies pour lutter contre ces symptômes et non, comme déjà mentionné plus haut d'éléments médicalement pertinents nous permettant de retenir ou de ne pas retenir certains diagnostics. 4. Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ? Il nous semble important de relever que le [SMR] s'appuie sur le fait que dans le rapport de juin 2018, l'état de M. B. _____ est décrit comme stable. La stabilité dans ce contexte est évoquée comme le fait qu'il n'y a pas d'amélioration ou de péjoration nette. De notre point de vue, l'état clinique de M. B. _____ est toujours aussi critique, que ce soit au moment où nous avons écrit notre rapport au mois de juin que ce que nous observons à l'heure actuelle dans l'état de santé de M. B. _____. La stabilité, nous insistons là- dessus, est à mettre sur le fait qu'il n'y a pas eu d'évolution particulière. Effectivement, M. B. _____ n'a jamais eu à être hospitalisé en psychiatrie, ceci grâce à un suivi ambulatoire régulier et intensifié dans les périodes de crise. Le fait que nous n'ayons pas eu recours à l'hospitalisation de M. B. _____ n'enlève rien à la sévérité des symptômes qu'il présente. Par rapport au traitement psychotrope, nous travaillons activement sur la compliance et avons fait un travail psycho-éducatif sur la gestion des symptômes, le rôle des psychotropes et l'importance de la régularité dans la prise des médicaments. [...] » Après consultation de son Service juridique, l'OAI a annulé et remplacé son projet de décision du 5 novembre 2018 par un nouveau projet, daté du 14 mai 2019. Retenant que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale temporaire d'une durée de six mois, en lien avec un épisode dépressif sévère pris en compte par les experts du K. _____. Il a envisagé dès lors d'octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2016 au 30 juin 2017. Par correspondance du même jour, l'OAI a maintenu que le rapport d'expertise du K. _____ revêtait, à son avis, pleine valeur probante. Les rapports des médecins traitants constituaient des appréciations divergentes d'une situation de fait demeurée identique. Les problèmes linguistiques mentionnés par

- 18 - l'assuré au cours des entretiens d'expertise n'avaient au surplus pas été rapportés par le K. _____. Par courriers des 22 mai et 14 octobre 2019, l'assuré s'est opposé au

nouveau projet de décision de l'OAI, en reprenant pour l'essentiel ses précédents griefs et conclusions. A l'appui de ses écritures, il a produit un rapport supplémentaire de la Dre P._____, daté du 25 septembre 2019, dont la teneur est la suivante : « [...] On] observe des sentiments d'insuffisance et d'impuissance très importants liés aux limitations cognitives et aux symptômes anxieux et psychotiques qui sont apparus depuis l'encéphalite et qui limitent énormément sa capacité de fonctionner. Derrière son aspect jovial et peu soucieux qu'il montre au premier abord, une fois le lien de confiance établi et la barrière de la langue franchie, on a accès à un homme abattu, qui présente des symptômes anxieux (peur exacerbée d'être seul, crises de panique, phobie de pulsions), des symptômes psychotiques (entend des voix lorsqu'il est seul), ces symptômes perdurent malgré une bonne amélioration, ainsi que des difficultés cognitives majeures (trouble de la mémoire, a besoin d'être accompagné pour les tâches administratives car il confond les documents et oublie les démarches à faire ainsi que les rendez-vous, désorganisation importante). Les diagnostics posés restent les mêmes. [...] L'introduction de la médication a permis une amélioration de l'état dépressif de M. B._____, par contre les symptômes anxieux, psychotiques et cognitifs (voir réponse précédente) restent présents et constituent des barrières absolues à une insertion professionnelle. [...] M. B._____ présente des symptômes appartenant au premier abord au registre psychotique : des rumeurs externes, des voix qui lui disent de se faire du mal, ainsi qu'aux autres, des expériences extrasensorielles par rapport aux personnes décédées. A part lui faire très peur de perdre le contrôle et d'obéir à ces voix, ces symptômes sont fortement anxiogènes pour le patient qui se sent fou et ne comprend pas pourquoi il n'arrive pas à s'en débarrasser. La nature des voix peut être également une anxiété extrême, difficilement canalisable par M. B._____ et qui s'exprime à travers des voix vécues comme venant de l'extérieur. Indépendamment de l'origine de ces symptômes, ils sont fortement invalidants pour le patient et péjorent d'une manière importante son estime de soi, ainsi que sa capacité à être seul et de se sentir en sécurité. [...] M. B._____ présente de grandes difficultés d'organisation et de mémoire, doit être accompagné par son assistante sociale, son médecin et ou son réseau amical pour faire toutes les démarches administratives. M. B._____ présente de fortes barrières de nature psychiatrique et cognitive pour être complètement autonome dans sa vie quotidienne. A l'heure actuelle sa capacité de travail dans la première économie est nulle et son rendement et endurance sont fortement diminués. S'il y a une reprise de travail dans la première

- 19 - économie, il faut s'attendre à des absences prolongées et à des abandons du poste de travail en raison de ses troubles psychiatriques. [...] » Par décision du 8 mai 2020, l'OAI a entériné son projet de décision du 14 mai 2019, allouant à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période limitée du 1er septembre 2016 au 30 juin 2017. L'OAI a par ailleurs précisé, dans un courrier du 31 octobre 2019, accompagnant sa décision, que le rapport du 25 septembre 2019 de la Dre P._____ n'apportait aucun élément inconnu ou ignoré des experts du K._____. C. B._____, représenté par Me Métille, a déféré la décision du 8 mai 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par mémoire de recours du 8 juin 2020. Il a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2015, sans limite temporelle, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale bidisciplinaire, comportant un volet psychiatrique et neurologique, destinée à déterminer sa capacité de travail depuis août 2013. Il a repris pour l'essentiel les griefs développés au stade de la procédure administrative, contestant derechef la valeur probante de l'expertise réalisée au sein du K._____. Enfin, il a requis l'assistance judiciaire gratuite pour la procédure de recours. Par décision du 10 juin 2020, la

magistrate instructrice a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire, à compter du 8 juin 2020, en l'exonérant de frais et d'avances de frais, ainsi qu'en désignant Me Métille en qualité d'avocat d'office. Le 6 juillet 2020, l'OAI a répondu au recours et proposé son rejet, se référant à ses courriers d'accompagnement des 14 mai et 31 octobre 2019. Par réplique du 22 juillet 2020, l'assuré a critiqué la brève prise de position de l'OAI, lui reprochant notamment de ne pas se déterminer sur la valeur probante du rapport d'expertise du K._____, sur les contradictions apparentes entre les différents rapports médicaux versés à

- 20 - son dossier, ainsi que sur le bien-fondé des mesures d'instructions requises à titre subsidiaire. Il a au surplus maintenu ses conclusions. L'OAI a dupliqué le 10 août 2020, estimant qu'une nouvelle expertise ne se justifiait pas, puisque l'instruction médicale avait été menée, à son avis, à satisfaction de droit. Il a par ailleurs souligné s'être prononcé à maintes reprises sur le rapport d'expertise contesté, lequel avait également été évalué par le SMR. Il a persisté à proposer le rejet du recours. Sur requête de la magistrate instructrice, Me Métille a fait parvenir la liste de ses opérations dans la présente cause en date du 29 juin 2021. E n d r o i t : 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 (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 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20

- 21 - 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 du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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) En l'espèce, le recours formé le 8 juin 2020 contre la décision de l'intimé du 8 mai 2020 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. Est litigieux, en l'espèce, le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, ce dernier contestant en particulier l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et la valeur probante de l'expertise réalisée au sein du K._____. 3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de

l'assuré à accomplir dans sa profession ou son

- 22 - 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 4. a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). b) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. 5. 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 (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). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves 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

- 23 - 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). d) En vertu de la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques que toutes les

affections psychiques 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 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la

- 24 - résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). 6. a) Dans le contexte d'examens médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique (cf. ATF 140 V 260), la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Il n'existe cependant pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soigneuse de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées. Le point de savoir si, au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce et des aspects rappelés ci-avant, la compréhension linguistique entre l'expert et la personne assurée est suffisante pour garantir une expertise revêtant un caractère à la fois complet, compréhensible et concluant relève de l'appréciation des preuves (TF 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 5.2 ; 9C_262/2015 du 8 janvier 2016 consid. 5 ; 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.1 ; 8C_913/2010 du 18 avril 2011 consid. 3.3.1 et références citées). b) Par ailleurs, la durée d'un examen clinique n'est pas, en soi, un critère de la valeur probante d'un rapport médical et ne saurait remettre en cause la valeur probante du travail de l'expert, dont le rôle

- 25 - consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). Une consultation, même de courte durée, n'exclut donc pas une étude fouillée et complète du cas. 7. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire en août et septembre 2017 auprès du K. _____, laquelle a comporté des examens circonstanciés des aspects neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, en présence d'un interprète. Le rapport correspondant du 15 janvier 2018 remplit a priori les réquisits jurisprudentiels énoncés sous consid. 5b supra. Le recourant estime cependant que ce document est dénué de valeur probante pour des raisons à la fois formelles et matérielles. 8. a) Sur le plan formel, le recourant fait notamment valoir que l'interprète en question était de langue portugaise, alors qu'il est lui-même de langue maternelle espagnole. Selon lui, les incohérences, relatées à quelques reprises dans le rapport d'expertise du 15 janvier 2018, résulteraient, de possibles problèmes de compréhension. L'intimé observe pour sa part qu'aucune difficulté linguistique n'a été

rapportée par les experts du K._____ (cf. courriers de l'intimé des 14 mai et 31 octobre 2019). On peut à cet égard constater, à l'instar de l'intimé, que les experts du K._____ n'ont fait état d'aucune difficulté de compréhension du recourant, en la présence de l'interprète. L'expert psychiatre s'est limité à qualifier la compréhension de la langue française de « mauvaise », sans autre particularité. Le Dr L._____ a en revanche relevé « une collaboration d'emblée bonne », mentionnant expressément que « tout au long de l'évaluation, la relation établie [était] adéquate » en dépit d'une « certaine distance initiale » et que « le discours [était] souvent imprécis, mais [restait] cohérent ». Quant au neuropsychologue M._____, il a précisé que l'examen avait « été conduit en espagnol » et que « toutes les tâches verbales avaient été présentées traduites en espagnol » (cf. rapport d'expertise du K._____ du 15 janvier 2018, p. 21 et 22). Vu ces

- 26 - éléments, on ne saurait douter de la bonne compréhension linguistique durant les examens effectués au sein du K._____. Au demeurant, il n'apparaît de toute façon pas indispensable pour un interprète qualifié en espagnol d'être lui-même de cette langue maternelle. Enfin, on ne voit pas dans quelle mesure des imprécisions auraient été susceptibles d'influencer les conclusions communiquées par les experts, le recourant se limitant à envisager cette possibilité pour tenter de les remettre en question. Le grief soulevé par le recourant à l'encontre de l'interprète mandaté par le K._____ doit donc être écarté. b) S'agissant plus particulièrement de l'évaluation psychiatrique réalisée au K._____, le recourant reproche au Dr L._____ d'avoir investigué sommairement son cas étant donné la durée de l'examen restreint à 2 h et 20 minutes. Cet argument ne saurait toutefois être suivi au regard de la jurisprudence fédérale rappelée ci-avant sous consid. 6b. c) Le recourant fait également grief au Dr L._____ de n'avoir pas pris contact avec ses psychiatres traitants avant de se prononcer sur son cas, ainsi que l'envisagent les Lignes directrices de la SSPP. On relève toutefois que cette démarche relève de recommandations, mais ne s'avère pas forcément nécessaire, lorsque – comme en l'espèce – les médecins traitants ont fourni des rapports de la situation de leur patient auprès de l'administration. Au demeurant, l'opportunité de cette démarche peut être laissée à l'appréciation de l'expert concerné. En l'occurrence, on ne voit pas que l'avis du Dr L._____ serait biaisé ou insuffisant, faute d'avoir sollicité des renseignements auprès des psychiatres traitants du recourant, alors qu'était versé à son dossier notamment le rapport de la Dre H._____ du 13 mars 2017. Dès lors, l'argument soulevé par le recourant à l'égard des investigations de l'expert psychiatre doit être écarté. 9. a) Il est établi que, d'un point de vue neurologique, le recourant a souffert d'une épilepsie symptomatique post méningite survenue dans l'enfance, vers l'âge de 3 ans, et qu'il a été victime d'une

- 27 - ADEM en août 2013 (cf. notamment : rapports du Service de neurologie du Centre hospitalier C._____ des 9 octobre 2013, 13 juillet et 23 novembre 2015, de la Consultation d'épileptologie du Centre hospitalier C._____ du

E. 12

et 23 novembre 2015). d) Vu ces éléments, on peut considérer que les conclusions de l'examen neurologique effectué par la Dre I._____ sont exhaustives et congruentes avec les autres pièces médicales versées au dossier du

- 28 - recourant. Ce dernier n'ayant produit aucun document susceptible de remettre en question sa capacité de travail de ce point de vue, il n'y a pas lieu de douter de l'appréciation opérée au sein du K._____. 10. a) Il est également incontesté que le

recourant présente des troubles neuropsychologiques, investigués à plusieurs reprises, dont notamment par la Prof. J. _____ du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier C. _____. Celle-ci a fait état de difficultés attentionnelles (ralentissement de la vitesse de traitement et difficultés en attention partagée) et exécutives (flexibilité mentale, planification et inhibition verbale), accompagnées d'une perturbation mnésique antérograde verbale (difficultés de récupération). Les performances demeuraient stables et superposables aux résultats observés précédemment en 2015. La spécialiste considérait que la capacité de travail était limitée de manière significative (cf. rapport de la Prof. J. _____ du 15 février 2017). b) A cet égard, le neuropsychologue du K. _____ a relaté une situation similaire à celle observée par la Prof. J. _____. Il a conclu à des troubles neuropsychologiques touchant l'attention et la mémoire, associés à une faible efficacité intellectuelle. Ceux-ci impliquaient uniquement un ralentissement léger, induisant une perte de rendement. c) On peut observer qu'en présence d'une situation globalement stable et de performances superposables à celles précédemment rapportées, les conclusions du neuropsychologue M. _____ apparaissent converger avec le rapport d'examen de la Prof. J. _____, laquelle n'a d'ailleurs pas chiffré la diminution alléguée de la capacité de travail du recourant. Au demeurant, les investigations effectuées au sein du K. _____ apparaissent complètes et les résultats exposés de manière à emporter la conviction. d) Etant donné ce qui précède, on ne voit pas qu'un nouvel examen neuropsychologique soit susceptible de conduire à une appréciation différente du cas. En l'absence de tout élément qui justifierait

- 29 - de s'écarter de l'appréciation du neuropsychologue M. _____, il s'agit donc de s'y rallier. 11. a) Les importantes divergences d'opinion entre le K. _____ et les spécialistes du Centre hospitalier C. _____ concernent le volet psychique de l'appréciation du cas, singulièrement tant les diagnostics retenus que leurs répercussions en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles. Le K. _____, respectivement le Dr L. _____, a considéré que le recourant présentait un trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi qu'une phobie de la foule, lesquels étaient sans influence significative sur sa capacité de travail. Seul un épisode dépressif sévère, réactionnel à la survenance de l'atteinte neurologique, était admis pour une période limitée à six mois à compter du mois de septembre 2016 (cf. rapport d'expertise du K. _____ du 15 janvier 2018, pp. 32 ss et 37). Les psychiatres traitants du recourant, en revanche, ont rapporté que leur patient était atteint d'un trouble dépressif organique sévère, avec symptômes psychotiques, un trouble anxieux organique, un trouble panique et des troubles cognitifs légers. Ces affections, accompagnées des symptômes décrits à partir des propos du recourant et d'après l'observation effectuée par les psychiatres, étaient responsables de limitations fonctionnelles importantes et d'une incapacité totale de travail dans toutes activités (cf. notamment : rapports de la Dre H. _____ du

E. 13

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, avant nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

(art. 69 al. 1bis LAI).

- 32 - En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). c) Le recourant, assisté d'un mandataire professionnel et obtenant gain de cause, peut prétendre des dépens, arrêtés à 2'500 fr., lesquels sont mis à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA). d) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille à compter du 8 juin 2020 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a adressé la liste de ses activités en date du 29 juin 2021 et fait état de 13 heures consacrées à la présente affaire, soit 6 heures et 50 minutes déployées par ses soins et 6 heures et 10 minutes par son avocate-stagiaire. Vérifiée d'office, cette liste peut être approuvée. En définitive, il convient ainsi d'octroyer à l'intéressé un montant total de 2'158 fr. 05 (comprenant une indemnité de 1'230 fr. au tarif horaire de 180 fr., une indemnité de 678 fr. 35 au tarif horaire de 110 fr., des débours de 5 % [95 fr. 40] et la TVA de 7,7 % [154 fr. 30]) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire. Cette rémunération est au demeurant couverte par les dépens octroyés au recourant.

- 33 -

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