

VD_GERICHTE ZD21.046875 vom 22. September 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-09-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.046875

FR: VD_GERICHTE ZD21.046875 du 22 septembre 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.046875 del 22 settembre 2022

Erwägungen

E. 19

mai 2020 consid. 5.1). 5. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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 résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). 6. En l'espèce, se fondant notamment sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR, établi le 24 mars 2021, l'intimé a retenu que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce que l'intéressé conteste, essentiellement en dénonçant la valeur probante dudit rapport du SMR (dont la qualification de l'expert psychiatre et la durée de l'examen) et en soutenant que son incapacité totale de travail sur le plan psychiatrique a été erronément ignorée. a) A l'examen du rapport d'examen du SMR, on constate que les Drs C._____ et P._____ se sont prononcés en connaissance du dossier médical du recourant et sur la base d'une anamnèse complète. Ils ont procédé à des examens cliniques détaillés et tenu compte des plaintes exprimées par l'intéressé. Le Dr P._____ a notamment fait application des indicateurs fixés par la jurisprudence fédérale s'agissant de l'évaluation des répercussions des troubles psychiatriques ou psychosomatiques sur la capacité de travail (cf. consid. 5 supra). Les conclusions de ces praticiens, prises sur la base d'une description claire du

- 15 - contexte médical et d'une étude circonstanciée des points litigieux, sont bien motivées, de sorte qu'elles satisfont aux requisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4 supra). b) C'est en vain que le recourant entend remettre en cause dite valeur probante par la qualification professionnelle du médecin psychiatre. Pour répondre à la critique du recourant, il convient d'observer qu'il ressort du registre des professions médicales que le Dr P._____ est médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie depuis 1992, titre obtenu en France, ayant été reconnu en Suisse le 29 avril 2020, avec autorisation de pratiquer, soit antérieurement à l'examen clinique du

E. 24

février 2021. Le reproche tiré de l'absence d'un titre FMH doit ainsi être écarté (cf. consid. 4d supra). c) S'agissant de la seconde critique formelle du recourant, il sied de relever que la seule durée abstraite de l'entretien n'est pas déterminante. En l'espèce, la durée de l'entretien ne fut pas dérisoire, le recourant ne prétend pas ne pas avoir été entendu sur certains points relevant du champ de l'expertise et le contenu du rapport paraît complet. Ce

grief doit être rejeté. La Cour de céans relève également que le Dr P. _____ a indiqué que le recourant n'avait pas réclamé de pause durant l'heure quarante d'examen continu (page 13 du rapport de l'examen clinique SMR), contrairement à ce qu'allègue le Dr D. _____ par des propos rapportés par son patient. d) Pour le surplus, bien que cela diverge des constatations du psychiatre traitant, rien n'exclut que la tenue ou l'hygiène du recourant aient été effectivement correctes lors de l'examen clinique SMR. Quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas d'un critère fondamental dans l'appréciation du cas d'espèce. e) Au vu de ce qui précède, il faut constater que les circonstances dans lesquelles se sont déroulées l'expertise ne sont pas de nature à remettre en cause sa valeur probante. Il devra en revanche être

- 16 - examiné ci-après si le rapport du 11 février 2022 du Dr D. _____, pièce versée au dossier dans l'intervalle, met en lumière des éléments déterminants qui auraient été ignorés le Dr P. _____ et qui conduiraient à une solution différente au niveau du droit aux prestations du recourant. 7. Sur le plan somatique, le recourant connaît de longue date des troubles au niveau lombaire. A l'issue de l'examen clinique, le Dr C. _____ du SMR a retenu le diagnostic principal avec effet sur la capacité de travail de brachialgies bilatérales non déficitaires, dans un contexte d'uncodiscarthrose avancée C5-6, et le diagnostic associé avec effet sur la capacité de travail de sciatalgies droites chroniques persistantes après une cure de hernie discale L4-5 droite. Les diagnostics de dorsalgies et douleurs thoraciques diffuses dans un contexte de troubles dégénératifs débutants du rachis dorsal, d'antécédent personnel de tendinopathie achilléenne bilatérale, de status post-opération d'un tunnel carpien gauche et d'obésité de classe I ont également été retenus par le Dr C. _____ mais sans répercussion sur la capacité de travail. Dans le cadre de la présente procédure, le recourant s'oppose au rapport SMR en se référant aux constatations de son médecin traitant, mais sans faire valoir de griefs pertinents s'agissant du volet somatique de l'examen SMR relatif aux atteintes physiques. A cet égard, il convient de relever que les investigations médicales entreprises en 2011 ont permis d'objectiver des limitations fonctionnelles en lien avec les lombosciatalgies (cf. décision du 17 mars 2011). Dans le cadre de la nouvelle demande, les rapports médicaux du Dr V. _____ ne permettent pas de remettre en cause le volet somatique de l'examen du SMR, en particulier le constat d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, depuis 2010. En effet, le dernier rapport médical du Dr V. _____, soit celui du 6 juillet 2020, fait état de diagnostics déjà pris en compte lors de la décision rendue le 17 mars 2011 (soit les lombosciatalgies chroniques et les cervicalgies) et par le Dr C. _____ lors de son examen, lequel les a jugés non incapacitants.

- 17 - Il s'ensuit que le recours porte essentiellement sur le volet psychiatrique de l'examen SMR. Le recourant se fonde principalement sur la critique émise par le Dr D. _____ (psychiatre traitant) du volet psychiatrique de l'examen clinique SMR. 8. a) Au plan psychiatrique, le Dr P. _____ a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et d'accentuation de certains traits de personnalité. Il a estimé que ces troubles restaient sans incidence sur la capacité de travail du recourant, qui demeurait entière du point de vue psychiatrique. Le recourant se fonde sur les rapports du Dr D. _____ (soit ceux du 30 mars 2019, 12 août 2020 et 11 février 2022), qui justifieraient selon lui la mise en œuvre d'une expertise. aa) L'avis du Dr P. _____ s'agissant du trouble anxieux et dépressif se distancie de celui du Dr D. _____. Le Dr D. _____ a considéré, dans son rapport du 30 mars 2019, que, depuis 2010, le recourant souffrait d'un épisode dépressif d'intensité moyenne chronique, alors que le Dr P. _____ a estimé que seul l'épisode

dépressif de 2004 pouvait être retenu, l'amenant à éliminer le diagnostic de trouble dépressif récurrent. A l'appui de son diagnostic de trouble anxieux et dépressif, le Dr P. _____ a expliqué que ce dernier n'avait pas de caractère incapacitant puisque seul l'épisode dépressif de 2004 décrit par le Dr R. _____ pouvait être retenu. Selon le Dr P. _____, compte tenu de l'absence de tout nouvel épisode dépressif depuis 2004, le diagnostic de trouble dépressif récurrent devait être écarté. Le recourant ne présentait pas d'anxiété généralisée, d'attente craintive, de tension motrice continue. Il n'y avait pas non plus de signes en faveur de l'existence de crises d'anxiété aiguë. Par ailleurs, les trois critères majeurs de la dépression étaient absents : il n'avait pas d'abaissement de l'humeur, ni de diminution de l'intérêt et du plaisir, ni réduction de l'énergie (cf.

- 18 - page 16 du rapport d'examen clinique SMR). Le recourant a également précisé que depuis 2005 il se sentait uniquement triste et a nié tout autre symptôme. Les troubles thymiques étaient sans évolution, selon l'anamnèse psychiatrique, depuis cette période. La prise en charge par le Dr D. _____ en 2015 correspondait à une demande de supervision du traitement par le Dr V. _____ et non à une aggravation de l'état de santé du recourant. Le dernier essai de changement de traitement antidépresseur avait eu lieu en 2015 sans avoir entraîné de modification clinique notable. Le traitement de Cymbalta avait été instauré pour des causes seulement algiques et les évolutions symptomatiques comportementales (irritabilité et hétéro-agressivité) correspondaient aux changements d'intensité algique et non à une humeur cyclique (page 17 de l'examen clinique). Le trouble anxieux et dépressif n'apparaissait pas entraîner une souffrance intense, constante et quotidienne. Le recourant n'avait d'ailleurs pas nécessité de prise en charge psychiatrique jusqu'en 2015. Le Dr P. _____ a ainsi expliqué de manière convaincante pour quelles raisons il s'éloignait des conclusions du Dr D. _____ sur ce diagnostic. Le diagnostic tel qu'établi par le Dr P. _____ apparaît cohérent en l'espèce, au regard des constatations faites au cours de l'examen clinique ainsi que de la description par le recourant de son mode de fonctionnement quotidien et de ses activités. Le Dr P. _____ a, en effet, observé une pensée normale, un discours cohérent, un enchaînement des idées logique. Bien que se plaignant d'un ralentissement psychomoteur et de troubles de la concentration (cf. rapport du 11 février 2022), le praticien n'a noté chez le recourant aucun trouble de l'attention et de la concentration durant toute la durée de l'examen, pas plus qu'un ralentissement psychomoteur (cf. page 12 de l'examen clinique SMR). L'intéressé s'était par exemple déplacé de la salle d'attente jusqu'à l'examen sans ralentissement, son discours était fluide et ses réponses spontanées, sans temps de latence ou perte de mot. En outre, le recourant ne présentait pas d'idées délirantes. Dans son rapport du 11 février 2022, le Dr D. _____ a certes mentionné que le recourant souffrait d'un ralentissement psychomoteur et que la femme de ce dernier

- 19 - faisait « tout à la maison, le lav[ait] et lui arrange[ait] la barbe » ; cependant les médecins consultés par le recourant n'ont jamais fait mention d'un tel besoin d'aide, ce qui paraît en outre étonnant en ce qu'elle traduirait une certaine impotence. Le Dr P. _____ a souligné que le recourant était autonome dans tous les aspects de la vie quotidienne, puisqu'il reconnaissait vivre « comme s'il était seul ». En particulier, il se déplaçait en train ou en bus (page 16 de l'examen clinique SMR). Le Dr P. _____ a encore constaté, s'agissant du mode de fonctionnement du recourant au quotidien, que, bien que le recourant décrive une baisse de l'humeur, de l'intérêt, du plaisir et de l'énergie (cf. rapport du 11 février 2022), l'entretien avait démontré qu'il ne faisait pas le ménage, ne préparait pas les

repas et n'allait pas dans les magasins qu'il « détestait » depuis toujours. Il n'avait jamais effectué ces activités (cf. page 10 du rapport d'examen clinique SMR). Le recourant n'avait aucun centre d'intérêt ; interrogé sur ses centres d'intérêts passés, il a relevé n'en avoir jamais eu aucun, sauf la lecture régulière et assidue (1 à 2 heures/jour), en particulier du Coran (cf. page 11 ibidem). Le recourant n'a jamais manifesté de plaisir ou d'intérêt assidu à jouer ou revoir ses enfants après l'école. Même avant 2017, il n'allait généralement pas les chercher à l'école (cf. page 11 ibidem). Il ressort donc de ce qui précède que le recourant n'a jamais apporté une quelconque contribution, notamment à domicile pour le fonctionnement du ménage et l'éducation des enfants, de longue date, et n'a jamais eu d'activités, de telle sorte qu'il paraît difficile d'en tirer la conclusion d'un ralentissement psychomoteur, d'autant plus qu'aucun examen neuropsychologique n'a été prescrit et que le Dr P. _____ n'a pas observé de tels troubles (par exemple mémoire ou fatigue au terme de l'examen) (cf. pages 12 et 13 ibidem). Ce praticien n'a ainsi pas constaté la présence de manifestations concrètes de l'atteinte à la santé sur les activités du recourant dont la description de ses activités quotidiennes démontrait que l'état de santé psychique n'entraînait pas de limitations fonctionnelles significatives susceptibles d'entraver sa capacité de travail. Il ne peut être tiré argument du mode de fonctionnement familial et social du recourant puisque celui-ci est demeuré pour l'essentiel

- 20 - inchangé (depuis son retour en Suisse), avec pour corollaire qu'il était le même en 2011 et que dans l'hypothèse où ce mode de fonctionnement devait être considéré comme significatif d'un trouble de l'humeur incapacitant, il ne s'agirait pas d'une modification de sa situation depuis la dernière demande de prestations de l'assurance-invalidité. Quant aux deux « tentatives » de suicides antérieures à la décision litigieuse, lesquelles sont décrites de la manière suivante : « Le patient a failli se suicider, en voulant se jeter depuis son balcon (...) » (cf. rapport du 11 février 2022), elles ne sauraient avoir d'incidence sur le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte non incapacitant posé par le Dr P. _____. En effet, outre le fait que le rapport du 11 février 2022 est postérieur à la décision attaquée, il sied de constater que le recourant habite au rez-de-chaussée (cf. page 6 in fine de l'examen clinique SMR). Quant au tentamen du 21 décembre 2021, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références citées). La Cour de céans constate qu'au vu de cette jurisprudence, l'état de fait soumis à examen s'achevait au 5 octobre 2021, date de la décision litigieuse. Or, il est indéniable que cette tentative n'était alors pas actuelle et que l'autorité intimée n'avait aucune raison d'investiguer à ce sujet. Dans ces conditions, elle constitue un élément étranger à la décision et aucun reproche ne peut donc être formulé à l'encontre de la décision rendue par l'intimé. Les rapports du Dr D. _____ ne fournissent en définitive aucun élément permettant de remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr P. _____. C'est ainsi de manière convaincante que le Dr P. _____ a exclu le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne chronique et lui a préféré celui de trouble anxieux et dépressif mixte.

- 21 - bb) Au titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr P. _____ a également retenu l'accentuation de certains traits de personnalité – soit essentiellement les traits de personnalité impulsive et dépendante – sans que cela ne

constitue un trouble de la personnalité ayant valeur de maladie (voir TF 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3). Le Dr P. _____ a expliqué précisément les raisons excluant l'existence d'une problématique de personnalité ayant valeur de trouble mental. En particulier, le Dr P. _____ a relevé qu'il n'était fait état en dix ans que de deux épisodes d'hétéro-agressivité. Ces derniers n'étaient pas le reflet d'un comportement profondément enraciné et existant depuis l'enfance ou l'adolescence. L'anamnèse psychiatrique et le status ne montraient aucune instabilité émotionnelle ou impulsive. La dimension abandonnique ne s'était réellement manifestée que lors de la rupture avec sa première épouse, l'anamnèse et le status n'amenant aucun élément qui pourrait faire penser que cette dimension avait pu affecter ses relations amicales. L'évitement social n'était pas non plus lié à une modification durable de la personnalité (cf. page 17 du rapport d'examen clinique SMR). Dès lors qu'il n'y avait pas d'argument pour fonder un trouble de la personnalité et que des traits de personnalité, tels que ceux observés chez le recourant, n'avaient pas valeur de maladie psychiatrique, c'est à juste titre que le Dr P. _____ a jugé que ces traits ne pouvaient fonder une incapacité de travail en droit des assurances (cf. art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). b) S'agissant de la divergence en matière de diagnostic de trouble bipolaire de type II opposant le Dr D. _____ au Dr P. _____, il sied de constater que le premier praticien retient ce diagnostic au vu des « antécédents [de] plus de 3 épisodes dépressifs récurrents, aussi plus d'épisodes d'hypomanie, la présence d'antécédents familiaux de possibles troubles bipolaires, la non-réponse à un traitement antidépresseur et devant l'aggravation de la symptomatologie clinique dans le temps », mais également en raison du « trouble important de sommeil », du « trouble anxieux » et des « antécédents [de] trouble du comportement alimentaire et d'abus d'alcool » (cf. page 8 du rapport du 11 février 2022).

- 22 - Pour poser un diagnostic de trouble bipolaire de type II selon le DSM-5, il est nécessaire de remplir les critères pour au moins un épisode hypomaniaque et au moins pour un épisode dépressif caractérisé (A) ; de ne jamais avoir eu d'épisode maniaque (B) ; que l'apparition de(s) l'épisode(s) hypomaniaque(s) et de(s) épisode(s) dépressif(s) ne soit pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (C) ; et que les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causés par l'alternance fréquente entre des périodes de dépression et d'hypomanie entraînent une souffrance importante ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (D). Le Dr P. _____ a expliqué les raisons l'ayant amené, au vu de l'anamnèse psychiatrique, à écarter le rapport du 12 août 2020 du Dr D. _____ évoquant deux épisodes hypomaniaques entre 2011 et 2013, et par la même occasion le diagnostic de trouble bipolaire de type II. Dans un premier temps, il convient de relever que le recourant se méprend lorsqu'il expose que le Dr P. _____ a refusé de tenir compte des deux épisodes hypomaniaques « sans aucune motivation ». En effet, le recourant a indiqué, lors de son examen, n'avoir aucun souvenir de ces deux épisodes. Interrogé derechef à ce sujet, le recourant a affirmé, avec certitude, n'avoir aucun souvenir d'épisode d'excitation motrice ou psychique ou d'épisode d'humeur joyeuse, même de courte durée. Il a maintenu que, depuis 2005, il se sentait uniquement triste et ce, en permanence et sans fluctuation, niant tout autre symptôme (cf. page 9 du rapport d'examen clinique SMR). Dans un second temps, il sied de constater que, sans de plus amples explications, ce diagnostic est apparu pour la première fois dans le rapport du 12 août 2020 du Dr D. _____, ce dernier ayant

précédemment indiqué que le recourant souffrait d'un épisode dépressif d'intensité moyenne, chronique, depuis 2010 (cf. rapport du 30 mars 2019), ce alors même que ces épisodes hypomaniaques remonteraient à 2011 et 2013. Le Dr D. _____ n'a justifié le changement de diagnostic qu'en se référant à ces deux épisodes qui

- 23 - n'ont été, à l'époque, objectivés par aucun médecin. Enfin, le Dr D. _____ n'a pas non plus fait mention, dans les rapports médicaux, de traitement thymorégulateur si ce n'est l'introduction de Quilonorm®-retard 450 mg en février 2019 (objectivé sur une ordonnance et non par un rapport médical), lequel n'apparaît plus dans son rapport médical du 30 mars 2019. Le Dr V. _____ n'a pas non plus précisé ce traitement dans son rapport du 6 juillet 2020. Interrogé par le Dr P. _____, le recourant a expliqué qu'il « n'a[va]it sans doute pas suivi le traitement » (cf. page 8 du rapport d'examen clinique SMR). Au vu de l'anamnèse psychiatrique, des rapports médicaux, à sa disposition, et de l'absence de traitement en rapport avec ce diagnostic, le Dr P. _____ n'a pas retenu la présence d'épisode hypomaniaque et donc le diagnostic de trouble bipolaire de type II (cf. page 17 ibidem). À l'instar du Dr P. _____, il convient de noter que les critères DSM-5 ne sont pas remplis. Seul peut être objectivée la réduction du besoin de sommeil qui paraît cependant constante chez le recourant. Les dettes de jeu sont de simples allégations et ne sont pas référées à un ou des épisodes hypomaniaques avec réalisation d'autres critères pour le surplus (il n'y a que la fréquentation du casino entraînant la dette sans mention des autres critères hypomaniaques en parallèle). Lors de l'examen SMR, le recourant s'est montré calme, n'a exprimé aucune tension et a nié tout accès de violence au quotidien. Le Dr P. _____ a discuté des accès de colère ou d'impulsivité du recourant, épisodes d'agressivité que le Dr D. _____ a considérés comme hypomaniaques, et ses explications n'ont pas permis de retenir qu'il s'agirait d'épisodes hypomaniaques. A cet égard, l'un des épisodes décrits par le recourant constitue une agression dont il a été victime. Durant l'examen, le recourant n'a pas non plus présenté de sentiment de détresse, n'a pas exprimé de souffrance ou d'anxiété ou d'idées délirantes. L'exploration de la thymie n'a pas objectivé d'abaissement de l'humeur, qui était normale. Il n'y avait pas de diminution de l'intérêt et du plaisir ni de réduction de l'énergie. Le recourant n'a pas non plus exprimé de propos allant dans le sens d'une surestimation ou d'une perturbation de l'image (cf. pages 12 à

- 24 - 13 ibidem). Le praticien n'a pas noté de trouble du contrôle des impulsions. Il faut bien admettre que le psychiatre traitant n'étaye guère ce diagnostic, que ce soit dans les rapports produits en procédure administrative ou judiciaire. En effet, si la tristesse semble présente, aux dires de l'intéressé, la diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi que de l'énergie n'est pas expliquée par le Dr D. _____ qui se contente de « recueillir des informations du rapport » du SMR et de s'interroger sur ces dernières (cf. pages 3 et 4 du rapport du 11 février 2022), sans procéder par exemple à une comparaison d'une journée-type avant et après ses atteintes psychiques. Par ailleurs, le fait que le Dr P. _____ n'ait pas « exploré les antécédents familiaux du patient dans leur totalité, antécédents qui prouve[raie]nt bien une composante familiale très importante de la gravité du trouble bipolaire » ne permet pas de retenir un tel diagnostic, étant relevé que les antécédents familiaux décrits par le Dr D. _____ sont peu documentés, voire exprimés sous forme d'hypothèses (« Les fils d'une autre tente (6 sur un total de 11 auraient eu des problèmes de dépression), un d'entre eux aurait pris des antidépresseurs, 2 autres se sont suicidés et un autre se serait suicidé en partant à la nage », « Un cousin germain [...] serait

devenu médecin et souffre de dépression depuis plus de 20 ans [...] Finalement, il aurait « tout laissé tomber » son activité professionnelle. Le frère de sa mère se serait suicidé à l'âge de 62-63 ans [...]. Le patient a une fille de 23 ans [...] qui serait suivi en psychiatrie pour Trouble Bipolaire [...] » (cf. rapport du 11 février 2022). Quant à l'abus d'alcool, celui-ci n'a été mentionné pour la première fois que dans le rapport du 11 février 2022 du Dr D._____, les médecins du SMR ayant noté que le recourant ne consommait pas d'alcool. Il semble par ailleurs que cette problématique soit récente selon le rapport du 21 décembre 2021. Quoi qu'il en soit tant l'abus d'alcool que les troubles alimentaires ne sont pas explicités et ne permettent pas de retenir, à eux seuls, un tel diagnostic.

- 25 - Au demeurant, le psychiatre traitant n'a fait référence à la réalisation simultanées d'autres symptômes qui autoriseraient à retenir le diagnostic de trouble bipolaire de type II, de sorte que c'est à juste titre que le Dr P._____ a rejeté ce diagnostic. c) Pour ce qui est de la claustrophobie et de la peur, le Dr D._____ n'a posé aucun diagnostic spécifique. Le Dr P._____ a expliqué les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu ces troubles. Ce praticien a notamment noté que le recourant prenait l'ascenseur à l'aller comme au retour en sa présence, et ce, sans aucune appréhension, ne précisant seulement au retour qu'il ne prenait l'ascenseur qu'en la présence de personnes qu'il appréciait. Durant l'examen, le recourant n'a amené aucune autre phobie. La non-utilisation de son véhicule n'était pas de nature phobique, mais due à une altercation avec la police, et il ne présentait aucun symptôme de phobie sociale (cf. page 12 de l'examen clinique SMR). d) S'agissant du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, l'anamnèse et le status ont permis de montrer que la douleur n'était pas la plainte essentielle du recourant, qu'elle n'était pas vécue de manière intense et qu'elle ne s'accompagnait pas d'un sentiment de détresse, ce qui permettait d'exclure ce diagnostic (cf. page 18 ibidem). Ni le psychiatre traitant ni le recourant ne font d'ailleurs grief au Dr P._____ de ne pas avoir retenu ce diagnostic. e) Enfin, c'est en vain que le recourant entend se prévaloir du fait que le Dr P._____ retienne une capacité de travail entière dès 2005 sans de plus amples explications. Cet élément est sans incidence sur le sort de la décision attaquée, s'agissant d'une période largement antérieure à la première décision de 2011. En outre, le Dr P._____ s'est manifestement basé sur le rapport médical du 20 février 2005 du Dr R._____, lequel posait le constat de la nécessité d'un poste adapté et donc implicitement de l'absence d'incapacité de travail à cette date.

- 26 - f) Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le rapport du 11 février 2022 du Dr D._____, comme ses rapports précédents, ne permettent pas de s'écarter des constatations du Dr P._____. En définitive, il y a lieu de constater que le rapport d'examen psychiatrique du SMR répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. L'appréciation de la situation médicale est claire. Le Dr P._____ explique de manière motivée les raisons pour lesquelles il retient, respectivement exclut, les diagnostics. Aucune pièce au dossier ne permet de mettre sérieusement en doute les conclusions de ce médecin. Les moyens soulevés par le recourant sont par conséquent mal fondés. g) Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'intimé qui, sur la base de l'avis des médecins du SMR, a retenu, à juste titre, que l'état clinique du recourant avait peu évolué depuis mars 2011 jusqu'au jour de l'examen clinique réalisé. L'intimé a alors retenu que la capacité de travail du recourant était entière depuis son retour en Suisse dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles telles que définies par l'examen clinique du SMR. 9. Au vu de ce qui précède, la requête du recourant en complément de l'instruction par la mise en œuvre

d'une expertise psychiatrique doit être rejetée, dès lors qu'une telle mesure d'instruction ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3). 10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à

- 27 - 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Torrent peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 10 mai 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'560 fr. 60 (soit 7h40 à 180 francs, la décision octroyant l'assistance judiciaire ne prenant en compte que les activités dès le 5 novembre 2021), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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