

VD_GERICHTE ZD22.049018 vom 23. November 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-11-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.049018

FR: VD_GERICHTE ZD22.049018 du 23 novembre 2023

IT: VD_GERICHTE ZD22.049018 del 23 novembre 2023

Erwägungen

E. 4

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) 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,

- 13 - au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). d) Lorsque la rente a précédemment été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie

avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à

- 14 - la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

E. 5

a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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). c) 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,

- 15 - 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). d) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et

enfin que les conclusions 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

E. 6

a) Par décision du 19 avril 2018, confirmée par la Cour de céans le 11 janvier 2019 (CASSO AI 158/18 – 6/2019) et par le Tribunal fédéral le 15 avril 2019 (TF 9C_134/2019), l'intimé a retenu que le recourant avait présenté une incapacité de travail totale du 29 août 2013 au 7 décembre 2015, date à partir de laquelle il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port important de charge ou de travaux demandant

- 16 - de la dextérité de la main droite, port de charge limité à 5 kg, pas d'activité physique intense). Dans son arrêt précité du 11 janvier 2019, la Cour de céans avait procédé aux constatations médicales suivantes (consid. 5b) : En ce qui concerne son membre inférieur gauche, le recourant présente une neuropathie du nerf sural gauche, laquelle ne permet toutefois pas d'expliquer l'ensemble des plaintes et n'est pas à l'origine d'une incapacité de travail (cf. notamment, rapports des Drs N._____ du 30 avril 2013 et B._____ du 6 mai 2014). Le recourant ne présente par ailleurs ni lésion artérielle ou veineuse (cf. rapports de la Dresse W._____ des 14 mai et 6 août 2013), ni aucune atteinte de nature rhumatologique (cf. rapport du Dr [...] du 25 septembre 2012) et les différentes investigations menées au sein du [...] n'ont pas non plus permis d'expliquer l'entier de la symptomatologie. S'agissant du membre supérieur droit, le recourant a été victime le 29 août 2013 d'un écrasement du pouce droit, lequel s'est compliqué par la suite d'un syndrome douloureux régional complexe localisé. Si cette lésion a, dans un premier temps, conduit à une incapacité totale de travail, il ressort du rapport du Dr V._____ du

E. 7

Cela posé, il convient désormais d'analyser si un changement important de circonstances propres à influencer le degré d'invalidité du recourant s'est produit entre la décision du 19 avril 2018 et les décisions litigieuses à l'origine de la présente procédure. a) A titre liminaire, il y a lieu de convenir avec les parties que l'état de santé somatique du recourant n'a pas connu de modification notable depuis la précédente décision d'octroi de rente. En effet, dans son rapport du 1er juin 2019, la Dre W._____ mentionne, s'agissant « uniquement [du] côté veineux », diverses pathologies touchant le membre inférieur gauche (lymphœdème, atteinte iatrogène du nerf sciatique poplitée externe, myosite du muscle soléaire), connues et considérées sans répercussion sur la capacité de travail du recourant (cf. consid 6 ci-dessus). Il en va de même des éléments communiqués par la Dre Z._____ (rapport du 6 juin 2019), qui ne font pas état d'atteintes à la santé sur lesquelles les praticiens ne se sont pas prononcés dans le cadre de la première demande de prestations du recourant.

- 18 - b) Comme en conviennent également les parties, la situation a évolué sur le plan psychiatrique. Dans son rapport d'expertise du 7 décembre 2021, le Dr K._____ retient les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). S'agissant du second diagnostic retenu, l'expert relève la forte discordance entre les plaintes et les bases organiques de celles-ci qui se dégage des éléments du dossier. Selon le Dr K._____, il

s'agit d'un comportement anormal de malade qui s'inscrit en l'espèce dans un contexte de facteurs psychosociaux (recherche d'une possible compensation financière, incluant une demande de réparation ou de reconnaissance, et déception par rapport à la qualité des soins médicaux reçus par l'intéressé). Compte tenu de son niveau d'intelligence, les convictions du recourant d'avoir droit à une telle compensation et d'être injustement traité dans le cas contraire fondent les manques de coopération, la majoration de symptômes psychiatriques, voire la simulation de troubles mnésiques, notamment observés par le neuropsychologue D. _____ et mis en évidence lors des tests psychologiques diligentés par l'expert. Quant à l'épisode dépressif, le Dr K. _____ motive de manière circonstanciée les symptômes observés. Il retient ceux de tristesse et de fatigabilité anormales, de diminution de l'intérêt et du plaisir, de difficultés à penser et à se concentrer, de troubles du sommeil, de diminution de l'estime de soi et d'idées suicidaires récurrentes. Il en conclut que le recourant présente les symptômes cardinaux d'un épisode dépressif sévère, vraisemblablement à la limite inférieure de ce degré de gravité. L'expert examine et réfute l'existence d'autres diagnostics pouvant être à l'origine de ces symptômes (troubles de l'adaptation, bipolaire, psychotique et anxieux ou atteinte cérébrale organique). Se prononçant ensuite sur la capacité de travail du recourant, l'expert explique tout d'abord que celle-ci n'est pas impactée par le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons

- 19 - psychologiques, qui relève davantage d'un comportement que d'une maladie au sens biomédical du terme. Se fondant sur ses observations cliniques, le Dr K. _____ retient en revanche une valeur incapacitante au trouble dépressif sévère présenté par le recourant. A cet égard, évoquant les ressources encore à disposition du recourant, l'expert fixe l'incapacité de travail à 70 %, une capacité résiduelle de 30 % s'avérant théoriquement envisageable dans une activité comprenant peu d'interactions sociales, avec des facteurs de stress limités et prohibant la conduite automobile. Il explique en détail les limitations complémentaires du recourant (manques d'adaptation et d'endurance, sensibilité à la sur-sollicitation, restriction aux situations professionnelles simples, difficultés relationnelles) et leur effet sur sa capacité de travail. Il observe en outre que la mise en œuvre de mesures professionnelles n'a guère de sens, le recourant n'étant probablement pas apte à s'y engager et au regard de l'improbable répercussion de celles-ci sur la capacité de travail de l'intéressé. Le Dr K. _____ relève également la faible coopération du recourant avec son médecin traitant et émet des réserves sur l'observance de sa médication, tout en relevant qu'il est difficile d'exiger davantage de l'intéressé au regard de « la problématique dépressive d'un sujet peu intelligent ». Enfin, la situation étant selon lui dépassée, l'expert n'émet pas de proposition en termes de traitement. S'agissant des atteintes à la santé, de leur effet sur la capacité de travail et des limitations fonctionnelles présentées par le recourant, les conclusions du Dr K. _____ procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances pertinentes ressortant de l'anamnèse et du status clinique observé au cours de ses examens. L'expert relate minutieusement les plaintes alléguées et se prononce en pleine connaissance du dossier médical, non sans s'être entretenu avec la médecin traitante et avoir fait procéder à différents tests et examens complémentaires. En particulier, il explique de manière convaincante les raisons pour lesquelles, du fait des affections présentées par le recourant, le bilan neuropsychologique n'a pu être mené à terme ainsi que les incohérences des tests diligentés. Ce rapport contient une appréciation claire de la situation et aboutit à des conclusions médicales

- 20 - minutieusement motivées, exemptes de contradictions. Le Dr K. _____ se prononce également sur le retentissement que les atteintes à la santé ont sur les divers domaines de la vie du recourant ainsi que sur le traitement. Les réponses apportées par l'expert aux questions posées dans le cadre de son mandat sont particulièrement exhaustives et de nature à emporter la conviction de la Cour de céans. En définitive, il n'y a pas lieu de s'écarter, ainsi que l'a d'ailleurs constaté le SMR dans son avis du 22 juin 2022, des conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr K. _____, selon lesquelles le recourant présente, en raison d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, une capacité de travail résiduelle de 30 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« diminution des capacités d'adaptation, diminution de l'endurance, favoriser les activités simples, hypersensibilité à la sur-sollicitation, difficultés relationnelles, favoriser les activités avec peu d'interactions sociales et facteurs de stress limités, pas de conduite professionnelle »). c) Le Dr K. _____ s'est également efforcé, en dépit de la difficulté relative à l'appréciation rétrospective de l'état de santé psychique, de fixer la date la survenance de cette incapacité de travail. Les explications de l'expert n'emportent toutefois pas conviction. Evoquant diverses dates ou durées au cours de son rapport, le Dr K. _____ mentionne – en se référant au dossier sans davantage de précision, à son échange téléphonique avec la Dre Z. _____ ainsi qu'à l'hétéro-anamnèse recueillie auprès de la fille du recourant –, que la pathologie dépressive de l'intéressé est progressivement devenue franche dans les suites de la pancréatite aiguë de 2015, au cours de laquelle le recourant a, à juste titre, craint de mourir. S'agissant du rapport d'octobre (recte : septembre) 2017 de la médecin traitante, l'expert indique que la problématique, mentionnée en cette occasion pour la première fois par la Dre Z. _____, était alors suffisamment préoccupante pour que cette praticienne recommande à son patient de contacter un spécialiste. Cette information valide selon lui l'existence d'une problématique psychique

- 21 - significative à cette date. Il poursuit en expliquant que l'évolution est allée vers un épisode dépressif globalement sévère qui s'est bientôt imposé comme chronique. La lecture du rapport d'expertise laisse néanmoins apparaître une variation des explications du Dr K. _____ en fonction des critères d'examen applicables. Ainsi, s'agissant de l'évaluation des critères de sévérité du trouble dépressif, il expose que celui-ci existe « depuis plusieurs mois », puis, lorsqu'il en évalue la chronicité, que cet épisode dépressif sévère « dure vraisemblablement depuis plus de deux ans » et enfin, que celui-ci « remonte vraisemblablement à plusieurs années ». Répondant aux questions posées dans le cadre du mandat, il explique que l'état de santé du recourant « s'est aggravé depuis [la] décision de refus de prestations », « vraisemblablement au début 2017 soit au 01.01.2017, compte tenu du rapport de la Dre Z. _____ du mois de septembre de la même année ». C'est ainsi au terme de ce raisonnement quelque peu confus que l'expert arrête la date précise de survenance de l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant. Force est cependant de constater que cette conclusion ne repose sur aucun élément objectif ressortant du dossier. A cet égard, il est certes exact que la Dre Z. _____ signale, dans son rapport du 25 septembre 2017, que l'état psychologique du recourant n'est pas bon à la suite de tous les ennuis médicaux présentés et que son patient contactera un spécialiste. Les explications données par cette praticienne ne contiennent toutefois pas d'élément permettant d'apprécier la gravité d'une éventuelle atteinte à la santé psychique, de sorte que l'existence d'un épisode dépressif sévère n'est nullement établie à cette époque. Il ressort d'ailleurs du dossier que le recourant n'a pas entrepris de suivi spécialisé avant l'été 2019. Il n'existe en effet pas d'avis

médical spécialisé antérieur au rapport du 13 décembre 2019 du Dr C. _____, dans lequel il est fait mention d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, avec une description détaillée des symptômes. Ce n'est que postérieurement à ce document que la Dre Z. _____ pose à son tour le diagnostic d'état dépressif, respectivement réactionnel puis chronique (rapports du 6 juin 2019 et du 16 juillet 2020). Dans son rapport de 2020, elle évoque également pour la première fois un important

- 22 - ralentissement et une limitation des capacités cognitives de son patient. Sur le vu de ces éléments, il y a lieu de considérer que l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant est survenue, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre le 25 septembre 2017 et le 13 décembre 2019 au plus tard, sans qu'il ne soit possible de fixer une date précise. Dans la mesure où le recourant a débuté son suivi au cabinet du Dr C. _____ au mois de juillet 2019, il convient de retenir en l'espèce la date du 1er juillet 2019 à titre de *dies a quo* de l'incapacité de travail. Au surplus, les observations cliniques du Dr K. _____ se superposant avec celles du psychiatre traitant, les deux spécialistes soulignant singulièrement la chronicité de la pathologie et l'inaccessibilité à tout traitement, il y a lieu d'admettre que cette incapacité n'a pas connu de rémission ou de modification après cette date. d) Il ressort de ce qui précède que le recourant est durablement atteint dans sa santé depuis le 1er juillet 2019, date depuis laquelle il ne dispose plus que d'une capacité résiduelle de travail de 30 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il n'y a par conséquent pas lieu de suivre l'office intimé, en tant qu'il conclut à la réforme des décisions attaquées au détriment du recourant, au motif que la situation n'aurait pas évolué depuis le 1er janvier 2017. e) S'agissant du degré d'invalidité, il n'y a pas lieu de remettre en cause les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé, dès lors que ceux-ci ne sont pas contestés. Les critères d'évaluation retenus par l'intimé et les chiffres arrêtés par celui-ci ne prêtent d'ailleurs pas le flanc à la critique dans le cas d'espèce. Le taux d'invalidité de 77 % retenu par l'office intimé peut donc être confirmé, ce qui ouvre le droit à une rente entière pour le recourant. f) Il s'ensuit que le recourant peut prétendre à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1er juillet 2020 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

- 23 -

E. 8

Ce constat aboutit à un résultat qui est moins favorable pour le recourant, dans la mesure où l'octroi par l'office intimé d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1er novembre 2019 au 30 juin 2020 s'avère erroné. Partant, il conviendrait en principe, conformément à l'art. 61 let. d LPGA, de réformer la décision litigieuse au détriment du recourant. Or, si la loi permet au tribunal de procéder à une *reformatio in pejus*, il ne s'agit en réalité que d'une simple possibilité. Le tribunal n'opte pour une *reformatio in pejus* qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (cf. Jean Métral, in : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 77 ad art. 61 LPGA). Compte tenu des circonstances de la présente affaire, en particulier des incertitudes liées à la détermination, rétrospective, de l'évolution de la capacité de travail du recourant, la *reformatio in pejus* n'apparaît pas opportune en l'espèce. Il y est partant renoncé.

E. 9

a) En conclusion, les recours doivent être rejetés et les décisions litigieuses confirmées. 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 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. 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).

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