

VD_GERICHTE ZI19.003304 vom 23. Dezember 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI19.003304

FR: VD_GERICHTE ZI19.003304 du 23 décembre 2020

IT: VD_GERICHTE ZI19.003304 del 23 dicembre 2020

Erwägungen

E. 31

mars 2011, de sorte que le demandeur a été affilié auprès de la défenderesse du 1er juillet 2001 au 30 avril 2011 (cf. art. 10 al. 1 et 3 LPP). b) Dans les décisions rendues les 3 et 28 janvier 2019, l'office AI a constaté que le demandeur présentait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le mois d'août 2013 avant de retenir une capacité de travail de 70 % à partir du mois de juillet 2014 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'office AI a reconnu le droit du demandeur à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er décembre 2014. Si ces décisions – sommairement motivées – ne permettent pas de déterminer l'atteinte à la santé à l'origine du droit à la rente, l'examen du dossier de l'assurance-invalidité ainsi que la nature des mesures d'instruction mises en œuvre permettent de comprendre que l'allocation d'une demi-rente était justifiée par l'existence de troubles psychiques à caractère invalidant.

- 18 - 8. a) L'instruction médicale a permis de mettre en évidence que le demandeur a souffert d'un phéochromocytome ayant été opéré le 17 novembre 2010 avant de présenter une hypersomnie dans les suites du traitement du phéochromocytome. aa) Dans la mesure où l'hypersomnie constituait un facteur empêchant l'assuré de prendre un nouvel emploi, la mise en œuvre d'un traitement par CPAP était recommandée (rapport du Dr C. _____ du 26 mai 2014). A la question de savoir à partir de quand ces troubles influençaient la capacité de travail du demandeur, la Dre G. _____ a indiqué que l'incapacité de travail totale remontait probablement au début de l'année 2013 (rapport du 17 juin 2014). Dans son rapport du 17 juin 2014, le Dr P. _____ a retenu que le caractère incapacitant de la tumeur surrenale existait depuis 2012. De son côté, la Dre K. _____ a jugé que l'ensemble de la symptomatologie – tant somatique que psychique – présentée par le demandeur induisait une incapacité de travail totale depuis le 24 janvier 2014 (date correspondant au début du traitement ambulatoire assuré par ses soins), tout en estimant vraisemblable que l'intéressé n'était plus en mesure de travailler depuis le printemps 2012 (rapport du 4 juillet 2014). Quant au Dr B. _____, il a indiqué que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents, avec syndrome somatique (F 33.11) et d'utilisation d'alcool et de cocaïne nocive pour la santé (F 10.1 et F 14.1) existaient tous deux depuis 2010. Quant au syndrome d'hypersomnie idiopathique, il revêtait également un caractère incapacitant. Selon ce médecin, l'incapacité de travail était totale depuis le 1er août 2013 (rapport du 15 octobre 2014). bb) Après avoir analysé les renseignements médicaux recueillis, la Dre D. _____, médecin au SMR, a retenu que le demandeur présentait un phéochromocytome gauche diagnostiqué en 2009, avec symptômes présents depuis 2007 (fatigue, céphalées, tachycardie et hypertension artérielle majeure) traité par une surrenalectomie le 17 novembre 2010. Cet épisode a été suivi d'une

désinsertion sociale progressive. L'assuré présentait par ailleurs des séquelles infra cliniques de vascularite rétinienne et une suspicion d'atteinte nasale. Il était en

- 19 - outre traité pour un syndrome d'hypersomnie idiopathique ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil en amélioration. De plus, le demandeur faisait l'objet d'un suivi au plan psychiatrique en raison d'un syndrome dépressif ainsi que d'une utilisation d'alcool et de cocaïne en rémission. Selon les renseignements médicaux, l'état de santé n'était pas stabilisé. Se ralliant à l'appréciation de la Dre G._____, la Dre D._____ a retenu que la date de l'arrêt de travail durable remontait probablement au début de l'année 2013 (rapport du 26 novembre 2014). Cependant, dans un avis médical du 7 avril 2015, le Dr R._____, a relevé que le phéochromocytome n'était plus mentionné comme atteinte ayant une influence négative sur la capacité de travail. Il en allait de même des apnées du sommeil ainsi que de l'hypersomnie non organique. Du reste, dans son rapport du 1er mai 2015, le Dr C._____ a indiqué que le syndrome d'apnées du sommeil était traité et que la prise médicamenteuse améliorait considérablement la capacité du demandeur de maintenir sa vigilance au cours de la journée. La Dre K._____ a par ailleurs expliqué que l'hypersomnie était un symptôme associé à la pathologie psychiatrique de modification durable de la personnalité après une catastrophe et ajouté qu'elle pouvait attester d'une incapacité de travail totale depuis qu'elle connaissait le demandeur, soit janvier 2014, tout en n'excluant pas que dite incapacité puisse probablement remonter à 2010 (rapport du 23 mai 2015). Cette hypothèse n'est toutefois pas suffisante puisqu'il ne s'agit que d'une probabilité qui ne repose sur aucun argument médical et n'est corroborée par aucun médecin qui suivait le patient à cette époque ; en outre, l'assuré réalisait des revenus variant entre 120'000 et 200'000 fr. entre 2001 et 2010, l'intéressé ayant encore perçu un revenu de 150'000 fr. en 2011 avant de perdre son emploi en avril 2012, de sorte que l'incidence de l'atteinte sur la capacité de travail à cette époque n'est nullement démontrée. En fin de compte, le Dr R._____ a fait état de sa perplexité quant aux conclusions de la Dre K._____, ce qui justifiait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (avis médical du 30 juin 2015). cc) Il faut néanmoins constater que ce ne sont pas les problèmes de santé que le demandeur a eus en lien avec sa tumeur

- 20 - surrénale qui constituent l'atteinte à la santé durable reconnue par les médecins du SMR et de l'office AI, mais les troubles psychiques qu'il présente, lesquels ont été considérés comme invalidants depuis le mois d'août 2013 (cf. avis du SMR du 6 février 2017). Dans son rapport médical du 17 juin 2014, la Dre G._____ a certes relaté l'influence des symptômes présentés par le demandeur depuis 2011 sur ses activités professionnelles et privées mais n'a pas attesté d'incapacité de travail de longue durée antérieure à 2013 tout en soulignant qu'aucun diagnostic précis n'avait pu être posé malgré les multiples bilans effectués. En outre, au cours de l'examen psychiatrique du 22 décembre 2016, le demandeur a exposé qu'il avait donné son congé auprès de N._____ SA parce que le poste qu'il occupait à L._____ ne lui plaisait pas, qu'il en avait fait le tour et voulait continuer à évoluer, avoir de nouveaux défis et challenges. Il a expliqué avoir accepté un emploi à plein temps proposé par une connaissance, avec pour objectif de développer une nouvelle branche d'affaires en vue de doubler la taille de l'entreprise (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 12 janvier 2017 p. 8 ; cf. également le rapport initial du 15 mai 2014). Il apparaît ainsi que ce sont avant tout des considérations d'avancement professionnel qui ont incité le demandeur à changer d'emploi, étant précisé qu'il a continué à travailler à plein temps. Au vu de ces considérations, si le salaire de ce nouvel emploi était

effectivement moins élevé que celui perçu auprès de la société N._____ SA, rien ne permet d'affirmer que cette différence était liée à des problèmes de santé. A cet égard, la Dre K._____ a confirmé que l'incapacité de travail totale présentée par le demandeur existait depuis le 24 janvier 2014, date du début du traitement à sa consultation (cf. rapport du 28 août 2018). De même, concernant la période comprise entre 2010 et le 10 février 2012, date de la dernière consultation pratiquée en raison d'un problème urologique, le Dr H._____ a fait état de diverses incapacités de travail temporaires variant entre 50 et 100 %. Ces périodes d'incapacité de travail se rapportaient à des problèmes de santé qui n'étaient pas à l'origine de l'invalidité, dès lors qu'elles étaient notamment dues à l'hypertension et à la pathologie surrénalienne présentées par l'intéressé (cf. rapport du 18 juillet 2017). Pour le surplus, il ressort des constatations effectuées par l'office AI que le demandeur a travaillé à plein temps

- 21 - jusqu'au mois de mai 2012 puis a bénéficié du chômage d'avril 2012 à fin mars 2014 avant d'émarger à l'aide sociale. Sur la base des renseignements médicaux recueillis, il a retenu que la capacité de travail du demandeur était nulle depuis le mois d'août 2013. b) Conformément à la recommandation du Dr R._____ formulée dans son avis du 30 juin 2015, l'office AI a chargé le Dr W._____ de procéder à l'expertise psychiatrique de V._____. aa) Dans son rapport du 12 janvier 2017, l'expert a résumé les documents médicaux en sa possession, relaté les plaintes exprimées et procédé à une anamnèse circonstanciée (personnelle, professionnelle, psycho-sociale et médicale). Sur la base de son examen clinique, il a retenu les diagnostics incapacitants de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et immature (F 61.0) persistant depuis l'enfance et de trouble dépressif récurrent bref (F 38.10) persistant depuis 2013. En revanche, cet examen n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique ni de trouble phobique. En l'absence d'une plainte principale concernant les douleurs, il n'a pas non plus objectivé de syndrome douloureux somatoforme persistant. A la suite du traitement chirurgical du phéochromocytome surrénal en novembre 2010, l'assuré a décrit la survenue de diarrhées ainsi qu'une diminution de l'entrain et de l'énergie qu'il estimait réduit de moitié après l'opération par rapport aux phases précédentes d'augmentation de l'activité. En réaction à cette situation, notamment l'absence d'explication somatique pour la fatigue ressentie, le demandeur a signalé une dégradation de son état psychique en été 2013 ayant entraîné deux tentatives de suicide avec ingestion de médicaments. Cet épisode a nécessité un suivi ambulatoire au département de psychiatrie de l'Hôpital F._____. En l'absence d'explication organique, comme des crises d'hypertension ou d'hypoglycémie, ces plaintes évoquaient des crises d'angoisse accompagnant les fluctuations de l'humeur et la diminution périodique de l'énergie de l'intéressé. En tenant compte de la tendance de ce dernier à minimiser des symptômes psychiques, ses plaintes d'une réduction périodique de l'énergie d'une durée d'une semaine au maximum, ainsi

- 22 - que les éléments objectivables de son anamnèse et de l'examen, correspondaient à des épisodes dépressifs de courte durée. Dans ce cadre, le degré de sévérité de ces épisodes ne dépassait pas une gravité moyenne au maximum. Survenus au moins une fois par mois jusqu'en été 2015, ces épisodes correspondaient à un trouble dépressif récurrent bref, selon les critères de la CIM-10, persistant depuis juillet 2013 au plus tard. Selon l'expert, les fluctuations de l'humeur s'inscrivaient dans une structure de personnalité marquée par une labilité émotionnelle et une instabilité de l'humeur. Il a ainsi relevé qu'en tenant un discours parfois flou, voire contradictoire, par exemple concernant ses formations et diplômes lors

d'un entretien du 13 mai 2014 à l'office AI, le demandeur faisait preuve d'un dysfonctionnement persistant depuis l'enfance, qui correspondait à un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et immature, selon la CIM-10. Entraînant surtout une fragilité émotionnelle, le trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et immature maintenait un trouble dépressif récurrent bref depuis au moins août 2013. Dans ce contexte, il a souffert initialement d'une décompensation psychique expliquant deux tentatives de suicide en juillet 2013 dans le cadre d'un épisode dépressif. Sans indication pour un traitement stationnaire, la sévérité des symptômes affectifs ne dépassait pas un épisode dépressif moyen et une évolution favorable avait été décrite lors du traitement ambulatoire à l'Hôpital F._____ après l'introduction d'un antidépresseur. Cette amélioration clinique de l'état de santé du demandeur décrivant un effet psychostimulant du traitement ne justifiait plus d'incapacité de travail complète trois mois après ses tentatives de suicide en juillet 2013. L'épisode dépressif moyen observé lors du suivi à l'Hôpital F._____ se trouvait toutefois encore à l'origine d'une incapacité de travail de 50 % à partir d'octobre 2013. En été 2014, l'anamnèse de l'expertisé témoignait d'une nouvelle amélioration de son état psychique avec, entre autres, une meilleure qualité du sommeil grâce à un traitement efficace de ses apnées du sommeil. Dans la mesure où les éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen montraient des symptômes affectifs légers, le Dr W._____ a estimé qu'ils ne justifiaient plus d'incapacité de travail supérieure à 30 % depuis le mois de juillet 2014.

- 23 - bb) Aucune pièce du dossier constitué par l'office AI n'est de nature à démontrer qu'il existerait une incapacité de travail antérieurement à 2013 à raison des atteintes à la santé retenues par le Dr W._____. Dans son rapport du 17 juin 2014, la Dre G._____ a estimé que les troubles somatiques présentés par le demandeur entraînaient une incapacité de travail totale probablement depuis le début de l'année 2013. De son côté, la Dre K._____ a confirmé, en date du 28 août 2018, son appréciation du 4 juillet 2014, selon laquelle l'intéressé présentait une incapacité de travail totale depuis le 24 janvier 2014, date correspondant au début du traitement ambulatoire assuré par ses soins. Quant au Dr B._____ (rapport du 15 octobre 2014), il a fait état d'une incapacité de travail totale remontant au 1er août 2013 en raison d'un syndrome d'hypersomnie idiopathique, de troubles dépressifs récurrents, avec syndrome somatique (F 33.11) et d'utilisation d'alcool et de cocaïne nocive pour la santé (F 10.1 et F 14.1). En outre, dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, le demandeur a indiqué que l'atteinte à la santé (convalescence suite à un phéochromocytome) existait depuis 2012, tandis qu'il faisait état d'une incapacité de travail totale depuis le mois d'août 2013 dans le cadre du rapport initial du 15 mai 2014 dressé durant la procédure de détection précoce. Dans son mémoire du 21 janvier 2019, le demandeur s'est également référé au rapport du 18 juillet 2017 du Dr H._____ pour soutenir qu'il présentait une incapacité de travail totale depuis le 24 août 2010 en relation avec son hypertension et sa pathologie surrénalienne. Or, comme déjà relevé plus haut (cf. considérant 8a/cc ci-dessus), ces périodes d'incapacité de travail se rapportaient à des problèmes de santé qui n'étaient pas à l'origine de l'invalidité, le phéochromocytome ayant du reste fait l'objet d'une intervention chirurgicale en date du 17 novembre 2010. c) A l'appui des allégations figurant dans son mémoire du 21 janvier 2019, le demandeur a produit quatre pièces. La première, datée du 26 octobre 2010, ne faisait pas état d'une incapacité de travail et concernait le phéochromocytome opéré par surrénalectomie élective en novembre 2010 selon la deuxième pièce produite et datant du 2 décembre

- 24 - 2010. Cette atteinte n'était pas à l'origine de l'invalidité et l'incapacité de travail temporaire (du 16 novembre au 5 décembre 2010) était uniquement consécutive à l'intervention chirurgicale et ne constituait en aucune façon la prémisse d'une longue incapacité de travail ayant abouti à l'invalidité. Par ailleurs, outre que le certificat médical établi le 8 novembre 2011 par le Dr H. _____ n'était pas motivé, il n'indiquait pas quelle était l'atteinte justifiant l'incapacité de travail totale retenue, laquelle se révélait en outre très temporaire puisqu'elle allait du 7 au 21 novembre 2011. Quant au rapport du Dr S. _____ du 13 mars 2013, il faisait état d'un trouble du sommeil dans le cadre d'une maladie endocrinologique ou auto-immune probable. Or, à cet égard, le Dr W. _____ a évoqué les bilans négatifs organisés par la Dre G. _____, endocrinologue, dans un contexte de tableau clinique évoquant une atteinte auto-immune (rapport d'expertise du 12 janvier 2017, p. 17). Quoi qu'il en soit, le Dr S. _____ n'a vu le demandeur qu'au mois de février 2013 et n'a pas fait état d'une éventuelle incapacité de travail, encore moins d'une telle incapacité qui daterait de 2011. d) En définitive, il convient de retenir que l'incapacité de travail en lien avec l'invalidité remonte au mois d'août 2013. Autrement dit, sur le vu de ce qui précède, il n'est pas possible de retenir que l'atteinte psychique à l'origine de l'incapacité de travail ayant donné lieu à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité est survenue au cours de la période durant laquelle le demandeur était affilié auprès de la défenderesse et que dite invalidité lui ouvre un droit à une rente de la part de cette institution. Il n'y a ainsi ni connexité matérielle, ni connexité temporelle. En conséquence, mal fondée, la demande formée par V. _____ contre la Fondation de prévoyance E. _____ doit être rejetée. 9. Le demandeur sollicite la suspension de la cause. a) Aux termes de l'art. 25 LPA-VD, l'autorité peut, d'office ou sur requête, suspendre la procédure pour de justes motifs, notamment lorsque la décision à prendre dépend de l'issue d'une autre procédure ou pourrait s'en trouver influencée d'une manière déterminante.

- 25 - b) Il n'y a pas lieu, comme le requiert le demandeur, de prononcer la suspension de la présente procédure jusqu'à droit connu sur les recours interjetés contre les décisions rendues par l'office AI les 3 et 28 janvier 2019. En effet, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, la rente d'invalidité ne peut être versée au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où le droit à la rente présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), il n'y a en principe aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande (TF 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.4). Etant donné qu'en l'occurrence le demandeur a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 5 juin 2014, le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI pouvait commencer à courir au plus tôt en hiver 2013, si bien que les autorités de recours se prononçant sur la décision de l'office de l'assurance-invalidité n'ont aucune raison d'examiner l'existence d'une éventuelle incapacité de travail antérieure à cette date, soit en l'occurrence au moment de l'affiliation du demandeur à la défenderesse en 2010 (cf. CASSO AI 27/19 – 333/2020 du 28 septembre 2020 consid. 5g p. 14). 10. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la réquisition de preuves formulée par le demandeur portant notamment sur la production des décisions du Conseil de fondation, des communications aux assurés ainsi que des attestations de prévoyance depuis 2008. En effet,

il n'explique pas en quoi ces documents seraient de nature à exercer une influence sur le résultat de l'action ouverte contre la défenderesse de même qu'il n'en tire aucun argument dans le cadre de son mémoire de demande. Quoi qu'il en soit, ces documents n'apparaissent pas déterminants pour l'issue du litige. Le juge peut ainsi mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont

- 26 - permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011). 11. Le demandeur sollicite l'octroi d'une indemnité de dépens quel que soit le sort de la procédure, arguant que la défenderesse ne lui a pas transmis, malgré ses requêtes, les règlements et statuts applicables depuis le 1er janvier 2008. a) Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD, l'autorité allouée, en procédure de recours et de révision, une indemnité à la partie qui obtient totalement ou partiellement gain de cause, en remboursement des frais qu'elle a engagés pour défendre ses intérêts. b) En l'occurrence, le demandeur n'a pas obtenu gain de cause s'agissant de ses prétentions en relation avec l'octroi d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part de la défenderesse. Cela exclut déjà une application de l'art. 55 al. 1 LPA-VD. Au demeurant, on ne voit pas en quoi les documents requis seraient propres à déterminer la date de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité, et le demandeur a maintenu sans changement ses conclusions après que ces documents ont été produits. Envisagé dans son ensemble, le cas d'espèce ne saurait justifier l'allocation de dépens, de sorte qu'il convient de rejeter cette conclusion. 12. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), ni d'allouer des dépens dès lors que le

- 27 - demandeur n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 LPA-VD). La défenderesse, qui intervient dans l'accomplissement de tâches réglées par le droit public, n'a pas droit à des dépens (ATF 128 V 124 consid. 5b ; TF 9C_927/2010 du 4 août 2011 consid. 6).

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