

VS_GERICHTE S1 20 199 vom 6. Juni 2023

VS Kantonsgericht, 2023-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_20_199

FR: VS_GERICHTE S1 20 199 du 6 juin 2023

IT: VS_GERICHTE S1 20 199 del 6 giugno 2023

Regeste

S1 20 199 JUGEMENT DU 6 JUIN 2023 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière en la cause X _____, recourant, représenté par Maître Stéphane Riand, avocat, 1951 Sion contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 6, 7, 8 al. 1, 43 al. 1 et 44 LPGA ; impartialité, indépendance et récusation d'un expert, valeur probante d'un rapport médical, incapacité de travail et de gain, invalidité)

Erwägungen

E. 1

LPGA) ; d'autres motifs, tels que le manque de compétences dans le domaine médical retenu ou encore un manque d'adéquation personnelle de l'expert, sont de nature matérielle (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; arrêt 9C_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.3 ; Commentaire romand, op. cit., no 24 ad art. 44 LPGA) ». 2.2 La Cour n'a pas grand-chose à ajouter aux arguments exposés par l'intimé, dans la réponse du 2 février 2021 au recours, concernant les objections matérielles de partialité et de dépendance vis-à-vis des assureurs soulevées pour la première fois par le recourant, dans le mémoire du 23 septembre 2020, à l'encontre du Dr L _____. Les motifs de cet ordre, fondés sur la polémique ayant entouré ce praticien en 2002, auraient déjà dû être communiqués par l'assuré en réponse au courrier de l'Office AI du

E. 2

septembre 2019 (pièce 30, pages 177 et 178). Invoqués dans le recours seulement, ils sont tardifs. L'issue de cette affaire, telle que décrite par l'intimé et reconnue par le recourant dans leurs écritures respectives susmentionnées, fait d'ailleurs apparaître ces motifs comme étant injustifiés. Quant au nom de l'expert ayant notamment fait l'objet de l'émission télévisée du 30 août 2020, certes postérieure au prononcé entrepris, il n'a pas été divulgué. Le recourant n'a donc pu que supposer qu'il s'agissait du Dr L _____. De toute manière, il ressort de la jurisprudence topique que le nombre de mandats d'expertises confiés par un assureur à un même médecin et la somme des honoraires en résultant n'entraînent pas en soi une récusation de l'expert concerné, lequel bénéficie au demeurant de la présomption d'impartialité.

- 24 - Les griefs que l'assuré n'a fait valoir qu'en date du 23 septembre 2020 au sujet du manque d'impartialité et d'indépendance du Dr L _____ dans l'accomplissement du mandat d'expertise, confié le 2 septembre 2019 par l'Office AI (pièce 29, pages 170 à 176), tombent donc à faux. 3.1.1 Le recourant a également fait valoir que le rapport d'expertise psychiatrique établi le 16 janvier 2020 par le Dr L _____ (pièce 41, pages 190 à 227)

n'était pas probant et qu'une nouvelle expertise indépendante devait être diligentée. Il a argué en particulier que l'entretien d'expertise avait duré moins longtemps que ce qui avait été indiqué dans le rapport correspondant, à tout le moins que le temps consacré à cet examen n'avait pas permis à l'expert de mener une discussion approfondie sur les différents thèmes abordés au cours de l'expertise. L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (art. 43 al. 1 LPGA). Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (art. 44 LPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021). Ce n'est pas la durée de l'examen d'expertise qui est importante ; ce qui est déterminant en premier lieu, c'est d'établir si le contenu de l'expertise est complet et si ses conclusions sont probantes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2019 du 19 mai 2020 consid. 4.4, paru in SVR 2021 UV Nr. 2). Le temps consacré pour un entretien d'expertise n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'un rapport médical mais dépend bien plutôt des questions à résoudre et du tableau clinique (arrêts du Tribunal fédéral 8C_41/2019 du 9 mai 2019 consid. 6, paru in SVR 2019 IV Nr. 85, 9C_28/2012 du 20 juin 2012 consid. 4.1, 9C_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2, 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 2 et l'arrêt cité, 9C_747/2011 du 10 février 2012 consid. 2.2.2 qui cite l'arrêt I 1094/06 du 14 novembre 2007 consid. 3.1.1, à teneur duquel, selon la nature de la question à résoudre, même une expertise sur pièces peut apporter la preuve nécessaire, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 954/05 du 24 mai 2006 consid. 3.2.1). La durée, prétendument trop courte selon l'assuré, de l'examen clinique auquel les experts ont procédé, ne saurait remettre en question la valeur probante de leur rapport d'expertise. En effet, le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement

- 25 - bref (arrêt du Tribunal fédéral 9C_136/2017 du 21 août 2017 consid. 7.2 et les références). Les principes jurisprudentiels posés pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical, tels qu'ils ressortent de l'ATF 125 V 352 considérant 3a, ont été rappelés dans la décision querellée. Il peut donc y être fait référence. Il s'impose toutefois de rappeler les termes du considérant 4.5 de l'arrêt de principe paru aux ATF 135 V 465, selon lesquels les médecins traitants se concentrent principalement sur la question du traitement médical. Leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 considérant 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige. D'autre part, selon les développements exposés au considérant 4.2 de l'arrêt du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. Il ne s'agit pas ici de remettre en question la pertinence d'une mesure médicale en requérant une seconde appréciation mais bien de décider quelles démarches doivent être entreprises afin

d'établir les faits déterminants au degré de preuve exigé. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise résulte de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt précité U 571/06 consid. 4.2 et les références). 3.1.2 Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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

- 26 - physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2020). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Dans son arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015, paru aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en outre fixé de nouvelles exigences d'instruction pour les atteintes psychosomatiques. La présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle ces atteintes pouvaient être surmontées en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, a été abandonnée. Désormais, la capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée, sur la base des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini, dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée au moyen d'un catalogue d'indicateurs relevant de deux catégories, celle du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé et celle de la cohérence du point de vue du comportement de la personne assurée. Tel que jugé dans les arrêts 8C_841/2016 du 30 novembre 2017, paru aux ATF 143 V 409 et 8C_130/2017 du 30 novembre 2017, paru aux ATF 143 V 418, l'application de cette procédure probatoire structurée a été étendue aux cas de troubles dépressifs de degré léger à moyen, respectivement à toutes les affections psychiques ainsi qu'à tout syndrome de dépendance (ATF 145 V 215). Selon la jurisprudence, la présence d'une aggravation, respectivement d'une exagération ne conduit pas automatiquement à nier une atteinte à la santé assurée, ou alors seulement lorsque la restriction d'activité résulte de l'aggravation ou que ses suites ne peuvent pas être constatées avec suffisamment de probabilité. Il a été relevé à l'ATF 143 V 418 considérant 7.1 que des indices d'incohérence, d'aggravation ou de simulation ne constituent pas toujours des motifs d'exclusion mais appellent en tout cas un examen approfondi du degré de gravité fonctionnel de l'affection psychique médicalement établie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_2/2022 du 4 juillet 2022 consid. 6.1 et les références, paru in SVR 2022 IV Nr. 59). Enfin, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu

- 27 - postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités). 3.2.1 Dans la convocation du 24 septembre 2019 à l'entretien d'expertise, la durée cet entretien a été évaluée entre deux heures et demie et trois heures (pièce 32, page 181). D'après la mention figurant dans le rapport d'expertise du 16 janvier 2020, l'examen clinique pratiqué le 4 octobre 2019 a duré deux heures et demie, de treize heures à quinze heures trente (pièce 41, pages 190 à 227). Cette durée semble donc plausible, ce d'autant plus que le recourant s'est contredit dans ses indications y relatives en prétendant tour à tour, dans ses écritures des 23 septembre 2020 et 1er mars 2021, s'être entretenu avec l'expert durant moins d'une demi-heure, puis durant une heure à une heure et demie. Ses critiques concernant le temps consacré pour l'entretien d'expertise du 4 octobre 2019 ne lui sont toutefois d'aucun secours puisque, selon bon nombre d'arrêts du Tribunal fédéral, cet élément n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur probante d'une appréciation médicale. Il convient en outre de suivre l'argument pertinent avancé le 2 février 2021 par l'intimé, en réponse à l'objection correspondante du recourant et aux termes duquel le contenu du rapport d'expertise du Dr L _____ montrait que cet expert avait pris le temps nécessaire pour entendre l'assuré et recueillir toutes les données utiles à l'établissement de son rapport. Il ressort au demeurant de la jurisprudence topique que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref. Quant au fait, également allégué dans le mémoire de recours, que ledit rapport ait été rédigé plus de trois mois après l'entretien d'expertise, il n'est pas non plus de nature à jeter le discrédit sur le travail accompli par l'expert. L'établissement du rapport en question repose en effet sur les notes écrites prises par celui-ci au cours de l'entretien et sur les résultats des tests éventuellement complétés par l'expertisé. Tel qu'invoqué à juste titre par l'intimé dans ses déterminations des 2 février et 9 mars 2021, le rapport d'expertise du 16 janvier 2020 (pièce 41, pages 190 à 227) répond d'ailleurs aux exigences jurisprudentielles de valeur probante d'une appréciation médicale. Les pièces médicales au dossier, en particulier le rapport du I _____ du

E. 6

mai 2019, ont tout d'abord été résumées. L'expert a ensuite présenté les éléments récoltés au cours de l'entretien avec l'assuré (indications spontanées, antécédents personnels, anamnèse professionnelle, affective, sociale et socio-économique récente, antécédents judiciaires, médicaux et psychiatriques, également au sein de la famille, traitement actuel, déroulement détaillé et représentatif d'une journée-type ainsi que

- 28 - perception de l'avenir, en général et en lien avec une activité ou une réadaptation professionnelles), ainsi que ses propres constatations. Il a examiné les diagnostics figurant au dossier, successivement et de manière détaillée, puis a posé les siens. Il a enfin procédé à une évaluation médicale et médico-assurantielle comportant une analyse des indicateurs jurisprudentiels, avant de répondre aux questions posées. 3.2.2.1.1 A l'occasion sa discussion du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) retenu le 6 mai 2019 par les spécialistes du I _____ (pièce 18, pages 140 à 145), le Dr L _____ a relevé de manière convaincante et motivée par les critères du DSM-5 et de la CIM-10 qu'il n'y avait pas d'évidence d'antécédent de trouble dépressif et que la récurrence ne pouvait pas être retenue (pièce 41, pages 190 à 227). Dans le même sens, le psychiatre du SMR a indiqué, en date du 20 mai 2019, que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait pas être admis, puisque le

critère principal de la répétition des épisodes dépressifs n'était pas retrouvé (pièce 20, pages 148 à 154). Ce diagnostic F33.11 ne figure pas dans les lettres de sortie des 18 janvier (pièce 43, pages 229 à 231) et 29 juin 2020 (pièce 53, pages 245 à 252). Il se retrouve par contre textuellement dans le rapport d'expertise psychiatrique déposé le 12 avril 2021 dans le cadre de la procédure pénale, en relation avec l'époque des faits reprochés survenus les 15 et 21 juillet 2020, 17 août 2020 et 6 mars 2021. Contrairement aux remarques de l'intimé dans sa détermination du 11 mai 2021 et du recourant dans celle du 8 juin suivant, ces trois premières dates correspondent à l'époque de la décision querellée du 18 août 2020, si bien que certains éléments contenus dans ce rapport revêtent un intérêt en la présente cause. Il semble toutefois que les spécialistes en psychiatrie et psychothérapie mandatés par le Ministère public aient repris le diagnostic en question du rapport précité du I _____, sans autre examen. Concernant la dépression, les lettres de sortie susmentionnées font tour à tour état d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) (pièce 43, pages 229 à 231) puis sans symptômes psychotiques (pièce 53, pages 245 à 252). A noter toutefois que la lettre de sortie du 18 janvier 2020 concerne une hospitalisation dans un service de psychiatrie et psychothérapie, alors que celle du 29 juin suivant a trait à un séjour stationnaire en médecine et neurologie. Dans son rapport final du 22 janvier 2020, le Dr K _____ du SMR a tout d'abord reconnu pleine valeur probante aux conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du 16 janvier 2020. Il a en outre expliqué avec cohérence que le peu d'éléments cliniques et l'absence de critères selon la CIM-10 ne permettaient pas d'admettre le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. De son point de vue, un autre

- 29 - trouble dépressif (F32.8) au sens de la CIM-10 pouvait être admis, à savoir un épisode d'allure dépressive ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif (F32.0 à F32.3), lequel était en rémission à la sortie de l'hôpital. Le trouble dépressif à l'origine de l'hospitalisation avait évolué favorablement et entraîné une courte incapacité totale de travail, du 1er décembre 2019 au 6 janvier 2020 (pièce 44, pages 232 à 236). Cette analyse rejoint celle de l'expert-psychiatre qui a retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif de gravité difficile à déterminer (pièce 41, pages 190 à 227). Elle est également corroborée dans le rapport de la M _____ du 29 juin 2020, puisque la tendance suicidaire qui avait motivé l'hospitalisation du 2 au 31 décembre 2019 a été catégoriquement niée (pièce 53, pages 245 à 252). Le Dr N _____ du SMR a ainsi relevé à juste titre, le 16 juillet 2020, que ce rapport faisait mention d'un épisode dépressif majeur avec humeur dépressive et troubles du sommeil mais sans symptômes psychotiques, ni idée suicidaire, ni trouble cognitif et qu'il n'y avait donc qu'un critère majeur. Il en a déduit que lesdites informations médicales ne modifiaient pas l'avis émis par le psychiatre du SMR en janvier 2020 (pièce 55, pages 254 et 255). L'assuré ne peut donc être suivi lorsqu'il fait valoir, dans son courrier du 13 août 2020, qu'au vu des diagnostics alarmants figurant dans le rapport précité, il convenait de retenir son incapacité totale de travail et de gain (pièce 57, page 258). Enfin, les experts mandatés en procédure pénale ont indiqué qu'au moment des faits reprochés, le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) était présent et invalidant par son envahissement du champ mental. Il s'agit toutefois là d'une formulation qui ne coïncide pas avec la notion d'invalidité au sens de l'article 4 LAI. Ces spécialistes ont d'ailleurs précisé que lors des entretiens, le trouble dépressif récurrent (F33.4) était en rémission. Comme invoqué par l'assuré dans ses objections du 14 août 2019 puis son recours du 23 septembre 2020, de l'anxiété et un état dépressif avaient été rapportés lors de nombreuses consultations aux

urgences ainsi que par les spécialistes du I _____, en date du 6 mai 2019 (pièce 18, pages 140 à 145). Dans son avis du 20 mai suivant, le psychiatre du SMR n'a pas balayé ces constatations en deux lignes. Il a expliqué que les crises d'angoisse prenaient une telle ampleur qu'elles entraînaient des symptômes pouvant se confondre avec ceux d'un trouble de l'humeur (pièce 20, pages 148 à 154). Les médecins urgentistes ayant procédé auxdites consultations n'étaient cependant pas spécialisés en psychiatrie et, à la suite de celle du 22 novembre 2015, ont d'ailleurs orienté le patient vers une consultation psychiatrique pour la prise en charge des angoisses (pièce 13, page 134). C'est en outre à la lecture des objections précitées que le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique indépendante (pièces 27 et 28, pages 167 à 169).

- 30 - Le Dr L _____ a également estimé, dans son rapport d'expertise du 16 janvier 2020, que le trouble anxieux décrit par l'assuré était de gravité difficile à déterminer et qu'il n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail (pièce 41, pages 190 à 227). L'anxiété épisodique paroxystique (F41.0) et le trouble hypocondriaque (F45.2) que les spécialistes du I _____ ont diagnostiqués le 6 mai 2019 (pièce 18, pages 140 à 145) ont été jugés sans influence sur la capacité de travail par le psychiatre du SMR, dans son rapport du 20 mai suivant (pièce 20, pages 148 à 154). Le trouble hypocondriaque (F45.2) a été qualifié de secondaire dans les lettres de sortie des 18 janvier (pièce 43, pages 229 à 231) et 29 juin 2020 (pièce 53, pages 245 à 252). Le 22 janvier 2020, le psychiatre du SMR a ajouté au demeurant que la qualification de quasi délirantes, dans la première de ces deux lettres, des plaintes hypocondriaques, déjà connues, suggérait plus une impression qu'un regard objectif (pièce 44, pages 232 à 236). La même remarque que celle faite ci-dessus au sujet du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) peut enfin s'appliquer au qualificatif d'invalidant, utilisé par les experts dans le cadre de la procédure pénale au sujet de l'anxiété épisodique paroxystique (trouble panique) (F41.0). Dans un registre similaire et pour répondre à l'interrogation soulevée par le recourant dans son écriture du 8 juin 2021, l'inaptitude au travail non indemnisée par une rente de l'assurance-invalidité, telle que relevée sous l'item des problèmes d'emploi dans le rapport d'expertise psychiatrique établi le 12 avril précédent en procédure pénale, ne correspond pas non plus à la définition juridique de l'incapacité de travail selon l'article 6 LPGA, applicable dans le domaine des assurances sociales. Le Dr L _____ n'a pas retenu un trouble hypocondriaque. Il a en revanche constaté une tendance à l'amplification des plaintes, dans le cadre de l'entité diagnostique de majoration des symptômes physiques et psychiques pour des raisons psychologiques selon la CIM-10 (F68.0), sans répercussion sur la capacité de travail. Il a bien décrit et expliqué ce diagnostic au moyen d'un tableau, de telle sorte qu'il n'est pas nécessaire d'y revenir ici. Les rapports de consultation aux urgences, en cardiologie et en rhumatologie de même que certains rapports d'imagerie, résumés au début de la partie « faits », viennent toutefois corroborer le faible socle médical objectif aux plaintes subjectives de l'assuré. Dans leur rapport du 6 mai 2019, les thérapeutes du I _____ ont d'ailleurs relaté que leur patient avait multiplié les consultations en urgence, que le bilan somatique s'était à chaque fois révélé normal et que l'origine des troubles ne pouvait être que psychologique (pièce 18, pages 140 à 145).

- 31 - Quant aux diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue (F13.25) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1) qui figuraient dans la lettre de sortie du 18 janvier 2020 (pièce 43, pages 229 à

231), le Dr K _____ les a également considérés, dans son rapport final établi le 22 janvier suivant, comme n'influençant pas la capacité de travail (pièce 44, pages 232 à 236). Selon le rapport de la M _____ du 29 juin 2020, depuis l'hospitalisation en psychiatrie, le patient n'avait du reste plus consommé d'alcool et était abstinente (pièce 53, pages 245 à 252). Le fait que ce dernier diagnostic ait été en lien avec les infractions pénales reprochées à l'assuré ne signifie pas encore qu'il soit à l'origine d'une incapacité de travail au sens du droit des assurances sociales. Les spécialistes chargés d'évaluer la situation du recourant sous l'angle pénal ont d'ailleurs précisé qu'une action directe sur le facteur de risque des alcoolisations était tout à fait réalisable et nécessaire, par le biais d'une abstinence totale contrôlée par des tests réguliers et d'autres mesures correspondant aux besoins de l'expertisé, notamment une possible activité occupationnelle. Au final et comme retenu par les Drs L _____ et K _____ dans leurs appréciations respectives des 16 et 22 janvier 2020 (pièce 41, pages 190 à 227 et pièce 44, pages 232 à 236), aucun des diagnostics psychiatriques évoqués ou posés au fil du cas n'entraîne une incapacité de travail durable. Ces deux spécialistes ont insisté sur l'incohérence qui dominait le tableau clinique, ainsi que sur les discordances qui ne permettaient pas de préciser au mieux les troubles de l'humeur ou les angoisses allégués par l'assuré. Le Dr L _____ a également souligné chez celui-ci une attitude parfois caricaturale et très dramatique ainsi qu'un discours souvent flou, contradictoire et excessif, avec une multiplication des plaintes. Il a ajouté que la gravité du trouble anxieux était difficile à déterminer, au motif d'une sursimulation. Tel qu'exposé à l'arrêt précité 8C_2/2022 et discuté dans ce sens par l'expert-psychiatre, ces différents éléments viennent relativiser le degré de gravité fonctionnel du trouble dépressif et du trouble anxieux constatés lors de l'examen d'expertise. Quant au fait, souligné par le recourant dans son mémoire du 23 septembre 2020, que la mention « sans objet » figurait sous le titre du rapport d'expertise du 16 janvier 2020 intitulé « entretien concernant les incohérences éventuelles apparues aux yeux de l'expert », il semble plutôt signifier qu'à l'instar de ce qui vient d'être exposé, le Dr L _____ a abordé ce point dans d'autres passages dudit rapport. Il a souligné également dans ce contexte que la survenance d'une pathologie psychique sans aucun facteur de stress dans l'environnement de l'assuré, hormis la fin des indemnités d'assurance-chômage et des - 32 - difficultés à retrouver un emploi, était surprenante (pièce 41, pages 190 à 227). Le fait que, selon l'indication correspondante figurant dans le rapport d'expertise psychiatrique du 12 avril 2021 déposé en procédure pénale, l'assuré ait perdu son chien à la même période ne permet guère de mieux expliquer l'apparition d'une telle symptomatologie. 3.2.2.1.2 L'analyse d'autres indicateurs permet de confirmer la conclusion de l'absence d'atteinte à la santé psychique incapacitante de longue durée chez le recourant. Plusieurs éléments au dossier concourent en effet à une certaine résistance de l'assuré aux investigations et aux traitements médicaux. Selon le courrier du Dr D _____, cardiologue, daté du 12 janvier 2016, malgré des douleurs thoraciques atypiques de repos et d'effort avec une ergométrie cliniquement positive et électriquement négative, le patient s'était montré réticent à subir un contrôle invasif du réseau artériel coronaire par une coronarographie (pièce 13, pages 130 et 131). Les informations transmises le 6 mai 2019 par les thérapeutes du I _____ ont aussi mis en exergue une compliance limitée du patient au traitement instauré. La seule médication tolérée et acceptée par le patient était un anxiolytique par benzodiazépine. La médication psychotrope par antidépresseur et neuroleptique avait été marquée par une recrudescence des symptômes somatiques sous forme de palpitations et de tremblements, à l'origine de consultations aux urgences. Des symptômes dépressifs sévères avec des

idéations suicidaires avaient motivé une demande d'hospitalisation en service spécialisé au cours du mois de février 2019. Le patient avait cependant changé d'avis, demandé l'annulation de ce séjour stationnaire et accepté pour la deuxième fois une prise en charge de crise avec des entretiens hebdomadaires (pièce 18, pages 140 à 145). Ces renseignements ont ensuite été confirmés et commentés par d'autres médecins. Aux dires de l'expertisé lors de l'entretien du 4 octobre 2019 avec le Dr L _____, il se rendait en consultation au I _____ trois à quatre fois par mois. La médication anxiolytique importante n'avait pas d'effet véritable sur les crises anxieuses. Les traitements par antidépresseur, interrompus après trois jours en décembre 2018, l'avaient rendu plus anxieux. Il n'avait pas voulu être hospitalisé. D'après les considérations y relatives du Dr L _____, il n'y avait aucune évolution positive de l'état du patient, apparemment coopérant, malgré un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, d'abord au J _____ puis au I _____. Contrairement à ce qui était observé chez tous les patients souffrant d'anxiété, une réponse à la prise pourtant importante de benzodiazépines faisait défaut. L'assuré était incapable de formuler l'intérêt ou le motif du suivi psychiatrique. Sa coopération, sa participation et sa disposition à faire un effort étaient insuffisantes en général. Il avait

- 33 - refusé d'effectuer les tests psychométriques proposés lors de l'examen d'expertise, même un seul, pour cause de fatigue et mettait en échec tous les possibles (pièce 41, pages 190 à 227). Les éléments rapportés dans la lettre de sortie du 18 janvier 2020 vont dans le même sens. Le patient avait bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire, avec traitement psychiatrique intégré, durant son séjour du 2 au 31 décembre 2019. Une médication antidépressive avait été introduite au cours de cette hospitalisation. Au vu du refus réitéré de la prise en charge médicale par le patient, qui demandait son retour à domicile, et d'un risque suicidaire élevé, un placement à des fins d'assistance avait été sollicité. Une cure injectable de neuroleptique et d'anxiolytique sur quelques jours avait été instaurée et bien tolérée. Le patient avait commencé à se sentir bien dans son corps, une sensation qu'il n'avait jamais eue depuis plusieurs années. L'évolution clinique avait été progressivement favorable dans le cadre de soins structurants, fermes et soutenant (pièce 43, pages 229 à 231). Des constatations similaires ont été faites lors du séjour du 28 avril au 6 juin 2020 à la M _____. Un changement de la médication, uniquement par antidépresseur, avait été essayé. L'assuré y avait tout d'abord réagi positivement mais avait affirmé par la suite souffrir des mêmes symptômes qu'il avait considérés comme des effets secondaires des médicaments. Après un bon début, il n'avait finalement été que partiellement possible, durant le temps de traitement, d'obtenir un effet durable sur les plaintes et symptômes dépressivo-anxieux en question par des approches psychoéducatives et des thérapies actives à composante psychosociale. Le vécu de symptômes et de stress du patient avait prédominé (pièce 53, pages 245 à 252). Les experts mandatés en procédure pénale sont enfin revenus sur ces différents aspects dans leur rapport du 12 avril 2021, notamment sur la raison du refus systématique du patient d'adhérer à une médication par antidépresseur au moins durant quelques temps. Selon eux, l'expertisé s'était montré ambivalent relativement aux soins proposés au cours de son suivi auprès du J _____ (médication, groupes thérapeutiques). Comme il avait refusé de prendre un antidépresseur au motif, indiqué lors des entretiens d'expertise, qu'un oncle à qui ce traitement avait été prescrit en avait ressenti des effets néfastes, l'assuré avait été invité à se diriger vers un thérapeute privé pour une psychothérapie. La lecture de la lettre de sortie de l'hospitalisation du 28 avril au 6 juin 2020 à la M _____ frappait par les améliorations qui émergeaient dans un premier temps grâce aux mesures (physiothérapie, médication),

avant l'étiollement des progrès et la réapparition des symptômes. L'assuré avait demandé à quitter l'établissement, notamment à cause de discussions insatisfaisantes sur la médication en laquelle il avait fondé d'importants espoirs. En conclusion, les symptômes dépressifs et anxieux

- 34 - présentés étaient difficilement traitables, au vu de l'absence de stabilité des effets des thérapies. L'item relatif à une résistance au traitement se vérifiait, dès lors que même l'adhésion du patient à ce qui était mis en place n'était pas suivi d'effets significativement durables. La symptomatologie était moins bruyante à l'heure actuelle, dans le sens où les plaintes somatiques étaient apaisées. La gravité était néanmoins telle qu'elle ne permettait pas à l'expertisé de s'inscrire dans un champ professionnel, ce qui interpellait, dès lors que les troubles dépressifs, anxieux et névrotiques sous forme de somatisations répondaient de manière générale plutôt bien aux prises en charge conjuguées entre une médication et la thérapie. 3.2.2.1.3 De cette dernière remarque découle également une résistance à la réadaptation, ou plutôt à la reprise d'une activité professionnelle. Comme pertinemment relevé par le Dr L _____ dans son rapport d'expertise du 16 janvier 2020, c'était bien dans l'activité habituelle que le patient pouvait valoriser au mieux ses compétences (pièce 41, pages 190 à 227). Il peut ainsi être considéré que l'adhésion par celui-ci à un traitement psychiatrique spécialisé conduit dans les règles de l'art, et en particulier à la prise d'un antidépresseur, favoriserait sa réintégration progressive dans le monde du travail. L'assuré a d'ailleurs déclaré au cours de l'hospitalisation du 28 avril au 6 juin 2020 qu'il pouvait s'imaginer exercer l'activité de chauffeur-livreur le moment venu (pièce 53, pages 245 à 252). D'après les éléments recueillis par le Dr L _____ lors de l'entretien d'expertise du 4 octobre 2019, l'intéressé était cependant en incapacité de travail depuis le début de la trentaine, ne s'estimait pas en mesure de travailler, même à temps partiel, n'avait aucune demande de reprise d'activité, ne faisait preuve d'aucune initiative individuelle et mettait en échec tous les possibles (pièce 41, pages 190 à 227). 3.2.2.1.4 Pour ce qui a trait aux comorbidités, il a été retenu plus haut que les différentes pathologies psychiatriques n'ont pas d'effets sur la capacité de travail et que les plaintes de l'assuré n'ont guère pu être objectivées lors des consultations aux urgences, en cardiologie et en rhumatologie, de même qu'à l'occasion de certains examens d'imagerie. L'absence de comorbidités somatiques cliniquement significatives a aussi été rappelée dans le rapport d'expertise psychiatrique du 16 janvier 2020 (pièce 41, pages 190 à 227). Quant aux difficultés contextuelles, aux facteurs psychosociaux et aux troubles fonctionnels sortant du champ médical, signalés à plusieurs reprises au fil du cas (consilium de l'appareil locomoteur auprès du Dr F _____ de la G _____ le

- 35 - 18 octobre 2016, sous pièce 13, pages 78 et 79 : famille à charge en Suisse et au Kosovo, absence de formation professionnelle, épuisement des indemnités de chômage, sentiment d'impuissance, autodépréciation des aptitudes, etc... ; avis du Dr K _____ du 20 mai 2019, sous pièce 20, pages 148 à 154 : absence de ressources financières hormis celles générées par le seul travail de l'épouse, charge d'une famille en Suisse et au Kosovo ; rapport d'expertise du Dr L _____ du 16 janvier 2020, sous pièce 41, pages 190 à 227 : but psychosocial des symptômes et profit tiré de la maladie : entretien de la famille au Kosovo, difficultés financières faisant ressortir le rôle et les avantages de prestations d'assurance, problèmes judiciaires, absence de formation professionnelle, chances de réinsertion limitées par un long éloignement du monde du travail), ils ne constituent pas des conséquences d'une atteinte à la santé susceptibles de justifier une incapacité de gain voire

une invalidité au sens des articles 7 et 8 alinéa 1 LPGA. 3.2.2.2 Concernant la personnalité du recourant, l'expert-psychiatre a rapporté le 16 janvier 2020 que celui-ci avait montré une importante passivité et une mise en échec de tous les possibles, affirmant être trop fatigué pour effectuer les tests psychométriques. Il a ajouté que le comportement de l'assuré était passif-agressif mais qu'il n'y avait pas de trouble majeur de la personnalité, étant donné que l'expertisé avait toujours bien fonctionné au niveau personnel, familial, social et professionnel jusqu'à son licenciement en mars 2014 (pièce 41, pages 190 à 227). Cette analyse est corroborée par l'appréciation des spécialistes intervenus en tant qu'experts dans le cadre de la procédure pénale. Ceux-ci ont expliqué de manière claire et convaincante que l'intéressé présentait une structure psychotique de la personnalité, à composante paranoïaque et narcissique, mais ne souffrait pas d'un trouble de la personnalité constitué ni de psychopathie. Les critères permettant de définir et de retenir un trouble de la personnalité n'étaient pas réunis. Il était erroné de retenir un tel trouble uniquement à partir des actes de violence reprochés. En effet, pour qu'un trait ou un facteur, comme l'impulsivité, la faible tolérance à la frustration, le narcissisme, qui se manifestait lors des passages à l'acte eût le statut de trouble ou de trait de personnalité, il devait pouvoir s'observer dans d'autres situations de la vie quotidienne. Or, il n'y avait aucun élément anamnestique qui orientait vers des troubles précoces du comportement, et ce jusqu'à la cassure, sous forme de crise de panique, en été 2015. 3.2.2.3 D'après les renseignements fournis le 6 mai 2019 par les thérapeutes du I _____, le retrait social de leur patient était important. Celui-ci sortait très peu de chez lui. La situation sur le plan professionnel, social et familial était précaire (pièce 18,

- 36 - pages 140 à 145). L'assuré a déclaré au Dr L _____, lors de l'entretien d'expertise du 4 octobre 2019, qu'il n'avait ni vie sociale ni vie familiale. A suivre néanmoins les informations recueillies par ce spécialiste, l'environnement familial de l'expertisé était bon. Son épouse avait bon caractère, le soutenait, s'occupait bien des enfants et gérait leurs affaires administratives et financières. Le recourant entretenait des contacts normaux avec sa nombreuse belle-famille en Suisse. Il ne paraissait pas incapable d'investir la relation avec ses proches (pièce 41, pages 190 à 227). Au cours de son séjour du 28 avril au 6 juin 2020 à la M _____, il a aussi mentionné l'importance de sa famille, même s'il trouvait ses enfants fatigants (pièce 53, pages 245 à 252). Dans son recours du 23 septembre 2020, l'assuré a de nouveau fait état d'une réduction importante des relations sociales. Cette allégation est à relativiser à la lumière des éléments ressortant du rapport d'expertise psychiatrique du 12 avril 2021. La famille du recourant était en effet soutenue par une amie, une femme d'un certain âge qui avait fait la connaissance de l'épouse de celui-ci. En juillet 2020, soit à l'époque de la décision litigieuse du 18 août suivant, l'expertisé avait logé quelques temps chez cette amie. Celle-ci avait précisé, lors d'une audition du 18 février 2021 à la police, qu'elle contrôlait l'assuré tous les jours pour qu'il ne se retrouvât pas dans une situation problématique. Les entretiens d'expertise correspondants, tenus entre le 23 février et le 1er avril 2021, font en outre ressortir que le recourant se rendait fréquemment chez cette amie, qu'il entretenait notamment ses plantes donc qu'il avait trouvé un appui auprès d'elle qui l'occupait un tant soit peu et le cadrait. 3.2.3.1 Il en va de même des réponses données par l'assuré aux différents médecins précités concernant les indicateurs relevant de la cohérence, soit ceux de la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie et de la comparaison des activités sociales avant et après l'atteinte à la santé. Aux termes des déclarations en question, à l'arrivée puis au retour en Suisse, tout allait bien. Le recourant avait fondé une famille, avait

beaucoup d'amis et pratiquait par lui-même du bodybuilding (pièce 53, pages 245 à 252). Il avait entretenu de bonnes relations avec deux oncles paternels à Nyon. Du fait de sa maladie, il ne les avait plus contactés et avait perdu tout son réseau d'amis. Il restait chez lui à ne rien faire, ne lisait pas, n'allumait pas la télévision, ne s'occupait pas de ses enfants, ne s'acquittait d'aucune tâche ménagère et n'accompagnait pas son épouse et ses enfants lorsqu'ils sortaient pour leurs loisirs (pièce 41, pages 190 à 227). Les contacts réguliers de l'assuré avec l'amie de la famille et les tâches accomplies pour elle jettent toutefois un éclairage

- 37 - différent sur les indications précitées. A noter également à cet égard la mention, dans le rapport d'expertise du 16 janvier 2020, d'un séjour au Kosovo en 2018 (pièce 41, pages 190 à 227). 3.2.3.2 Relativement au poids des souffrances, le Dr L _____ a rapporté en date du 16 janvier 2020 qu'il était difficilement perceptible chez l'expertisé, avec qui le contact visuel n'était pas très « clair » (pièce 41, pages 190 à 227). Quant à la mise à contribution d'options thérapeutiques, il ne peut qu'être renvoyé à l'analyse effectuée au considérant 3.2.2.1.2 sur la résistance de l'assuré à certains traitements médicalement indiqués. Il est en particulier surprenant qu'en présence de certains symptômes dépressifs qui se sont d'ailleurs manifestés avec acuité au cours de l'année 2019 (pièce 18, pages 140 à 145 et pièce 43, pages 229 à 231), le recourant n'ait pas accepté une médication par antidépresseur au moins durant quelques temps, parce qu'un oncle n'avait apparemment pas supporté ce type de traitement. 3.2.4 L'examen des indicateurs jurisprudentiels apporte finalement la confirmation que les troubles psychiques dont souffre l'assuré ne limitent pas sa capacité de travail. Conformément aux jurisprudences topiques rappelées plus haut et contrairement à ce que l'assuré a invoqué dans son recours du 23 septembre 2020, il est par conséquent exclu de trancher cette question de la capacité de travail sur la base des rapports de ses thérapeutes ou des conclusions d'une nouvelle expertise psychiatrique indépendante. Le fait de ne pas diligenter une telle mesure d'instruction, requise dans le mémoire précité, se justifie non seulement par l'absence de droit de la personne assurée, comme de l'assurance d'ailleurs, à un second avis expertal, lorsque le premier ne lui convient pas, mais aussi et surtout par l'application du principe de l'appréciation anticipée des preuves (sur cette notion, il est notamment renvoyé à l'ATF 145 I 167 consid. 4.1 et aux arrêts du Tribunal fédéral 8C_172/2012 du 14 mars 2013 consid. 3 et les références, 9C_962/2010 du 1er septembre 2011 consid. 4.1 et 9C_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 2.2). Partant, le recours est rejeté et la décision de l'Office AI du 18 août 2020 confirmée. 4.1 Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de l'importance de la procédure (art. 61 let. a LPGA, 83 LPGA et 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA) et compensés avec l'avance du même montant qu'il a versée le 19 janvier 2021.

- 38 - 4.2 Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario), pas plus qu'à l'intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, arrêtés à 500 francs, sont mis à la charge de X _____ . 3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 6 juin 2023

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