

VD_FINDINFO AI 128/13 - 238/2014 vom 19. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_128_13_-_238_2014

FR: VD_FINDINFO AI 128/13 - 238/2014 du 19 septembre 2014

IT: VD_FINDINFO AI 128/13 - 238/2014 del 19 settembre 2014

Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION | 28 LAI, 4 LAI, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 5

Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? 20% également, il serait souhaitable que la patiente puisse se confronter à une telle activité, qui serait réévaluée après deux à trois mois en vue d'une augmentation, si possible à 50%. Un taux supérieur ne paraît pas envisageable. "Egalement invité par l'OAI à fournir des indications actualisées sur l'état de santé de l'assurée, le Dr P. _____ a exposé dans un compte-rendu du 15 février 2013 que l'état de santé tant psychique que physique était stationnaire depuis le mois d'août 2012, étant précisé que l'intéressée demeurait fragile sur le plan psychique bien qu'elle fût désormais un peu plus active. Il a ajouté que cette dernière recherchait actuellement du travail à 50% et qu'il lui semblait impossible d'augmenter ce pourcentage. Selon le Dr P. _____, l'assuré était tout à fait capable d'exercer son activité habituelle, aucune autre activité n'étant mieux adaptée. Par envoi du 28 février 2013, R. _____ a transmis de nouveaux documents médicaux à l'OAI. Il en résultait notamment que dans un rapport du 21 novembre 2012, la Dresse Z. _____ avait expliqué qu'un contrôle du taux de Cymbalta s'était avéré dans la norme, que la corticothérapie avait été diminuée sans pouvoir être interrompue et que l'incapacité de travail à 100% était prolongée jusqu'à la fin de l'année. Nantis de ces informations, les Drs Q. _____ et C. _____ de la Clinique D. _____ avaient préconisé, le 14 décembre 2012, de recueillir des renseignements complémentaires et de réévaluer la situation au 31 décembre 2012. Suite à cela, dans un compte-rendu du 22 janvier 2013, la Dresse Z. _____ avait exposé que les douleurs de la polyarthrite avaient nettement diminué sous traitement d'Humira et de Prednisone – médication qui allait se poursuivre de la même manière, si possible avec un sevrage complet de stéroïdes – mais qu'un état de fatigue invalidant persistait, certainement d'origine mixte en rapport avec la polyarthrite mais également avec l'état d'épuisement présenté par l'assurée ; quant à la capacité de travail, elle était évaluée à 20% eu égard à l'état de fatigue, dans une activité adaptée en position alternée, sans port de charge et « sans travail de répétition répétitive ». Prenant position le 19 février 2013, les experts de la Clinique D. _____ avaient alors considéré qu'il n'y avait pas lieu de valider le maintien de l'incapacité de travail au-delà du 31 décembre 2012. Par avis médical du 15 mars 2013, les Drs E. _____ et O. _____, du SMR, ont relevé que le psychiatre P. _____ avait évoqué une situation stationnaire depuis août 2012 avec une exigibilité de 50% dans l'activité habituelle réputée adaptée. Quant à la capacité de travail de 20% retenue par la Dresse Z. _____, les médecins du SMR ont considéré que l'on ne pouvait s'y rallier dès

lors que la situation sur les plans rhumatologique et psychiatrique était stable. Aussi ont-ils conclu qu'il y avait lieu de s'en tenir à une exigibilité de 50% repoussée au 27 octobre 2012, comme précédemment admis par ce service. Par décision du 25 mars 2013, l'OAI a confirmé son projet du 9 août 2012, dont il a repris la motivation. A teneur d'une lettre explicative du 26 mars 2013, l'office a réfuté les objections de l'assurée, considérant que celle-ci n'avait apporté aucun élément susceptible de modifier sa position. B. Agissant par l'entremise de son conseil, T. _____ a recouru le 6 mai 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 25 mars 2013, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2012, avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} août 2014. A titre de mesures d'instruction, la recourante demande à ce que soient ordonnées une expertise judiciaire pluridisciplinaire portant sur les aspects rhumatologique, neurologique et psychiatrique, ainsi qu'une enquête économique sur le ménage réalisée par un rhumatologue, un neurologue et un psychiatre. En ce qui concerne la détermination de son statut, elle fait valoir en substance qu'elle a réduit son taux d'activité à 50% dès le 1^{er} janvier 2008 en raison de ses problèmes de santé. Elle ajoute avoir précisé dans le formulaire idoïne qu'elle aurait travaillé entre 60 et 80% en bonne santé. Enfin, elle observe que le rapport d'enquête ménagère du 3 mai 2012 a conclu à un statut de 80% active et de 20% ménagère. Cela étant, l'assurée estime que c'est cette dernière clé de répartition qui doit être retenue. Sous un autre angle, la recourante considère qu'il y a lieu de faire évaluer ses empêchements ménagers par un médecin, dès lors que le rapport d'enquête ménagère de l'OAI ne contient aucune pondération en lien avec les poussées fluctuantes de la polyarthrite rhumatoïde et se trouve en contradiction avec l'avis exprimé par le Dr P. _____ selon lequel elle ne serait plus en mesure d'assumer les tâches ménagères. Enfin, la recourante allègue que l'exigibilité retenue par le SMR s'écarte des avis émis par ses médecins traitants, respectivement que ces avis ont été mal interprétés par l'OAI. A l'appui de ses dires, l'assurée produit un onglet de pièces comportant notamment les documents suivants : - un rapport du 3 avril 2013 de la Dresse Z. _____, signalant qu'un nouvel épisode de nausées et vomissements avec diarrhées avait eu lieu, que la prise d'Humira avait été interrompue et qu'un nouveau traitement d'Enbrel devait débiter dans quatre semaines ; - un rapport du 6 avril 2013 de la Dresse W. _____, médecin assistante au Centre d'urgences médico-chirurgicales N. _____, concernant une consultation du même jour en raison d'une poussée de polyarthrite rhumatoïde ; - un rapport du 30 avril 2013 émanant du Dr Y. _____, médecin généraliste, attestant que l'assurée s'était trouvée en arrêt maladie à 100% du 8 août 2011 au 25 janvier 2013, que sa maladie (polyarthrite rhumatoïde) fortement invalidante lui avait interdit de reprendre toute activité durant cette période et que son incapacité avait été ramenée à 80% depuis le 25 janvier 2013, avec des limitations fonctionnelles. En date du 17 juin 2013, la Dresse Z. _____ a établi le rapport suivant à l'attention de l'OAI : " L'évolution n'est pas favorable. Madame T. _____ a été engagée à 20%, pour de la mise sous pli d'enveloppes. Même à ce pourcentage, elle a présenté une poussée de polyarthrite, avec synovites objectivables des poignets, des MCP et des IPP nécessitant l'arrêt. Rappelons qu'Humira a été interrompu en raison des nombreux épisodes infectieux. Compte tenu de cette récurrence, avec l'accord de la patiente Enbrel est introduit et la patiente présente un urticaire au point d'injection, allant en augmentant et ne répondant pas aux anti-histaminiques. Le traitement a été interrompu. Simponi vient de débiter, le pronostic est très réservé. Au vu de ce qui précède, une activité professionnelle, même légère à 20% paraît difficilement envisageable ; j'ai certifié une incapacité de travail de 100% depuis le 7 mai 2013. " Appelé à se prononcer sur le recours,

l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 9 juillet 2013. Sous l'angle médical, l'OAI estime que le SMR a exposé de manière convaincante les raisons justifiant de fixer la capacité de travail à 50%. Il renvoie pour le surplus à un avis médical établi le 3 juillet 2013 [recte : 26 juin 2013] par le Dr O. _____ et le Dr BB. _____, dudit service ; aux termes de cet avis, ces médecins considèrent en substance que la position du SMR doit être maintenue, faisant notamment valoir que les rapports de la Dresse Z. _____ du 3 avril 2013, de la Dresse W. _____ du 6 avril 2013 et du Dr Y. _____ du 30 avril 2013 ne contiennent aucun élément nouveau ou ayant échappé à l'attention de ce service et que le courrier de la Dresse Z. _____ du 17 juin 2013 se réfère à une dégradation de l'état de santé postérieure à la date de la décision litigieuse. Concernant la détermination du statut, l'OAI relève que l'assurée a travaillé à 50% avant l'atteinte à la santé et que par la suite elle s'est inscrite au chômage à 50%. Sur le plan ménager, l'office retient que les empêchements de la recourante ont été décrits de manière détaillés dans le rapport d'enquête du 3 mai 2012, dont il n'y a pas lieu de s'écarter. Aux termes de sa réplique du 23 septembre 2013, la recourante expose avoir tenté une reprise d'activité à 20% qui s'est soldée par un échec. Pour le reste, elle maintient ses précédents motifs et conclusions. Elle produit en outre un nouvel onglet de pièces, parmi lesquelles figurent les documents suivants : - un contrat de travail non daté avec la Fédération U. _____ pour un poste de téléphoniste/réceptionniste à un taux de 20% fixe et 10% variable, avec une entrée en fonction prévue au 1^{er} mai 2013 ; - une lettre de la Fédération U. _____ du 16 mai 2013, dont il résulte que l'assurée – après avoir effectué un total de dix heures de travail – a informé ladite fédération le 7 mai 2013 de ce qu'elle souhaitait mettre un terme immédiat aux rapports de travail pour des raisons de santé et que, prenant acte de cette décision, l'employeur a dès lors confirmé la résiliation des rapports de travail avec effet immédiat ; - un rapport du Dr Y. _____ du 8 août 2013, observant notamment qu'un sevrage complet de corticostéroïdes n'avait jamais pu être instauré suite à la péjoration de la pathologie rhumatismale, qu'aucune reprise d'activité n'avait pu intervenir plus de quelques jours avant d'entraîner une manifestation des algies rendant la capacité de travail nulle, ainsi qu'exposé par la Dresse Z. _____ dans son écrit du 17 juin 2013, et qu'actuellement toute reprise d'activité même à un faible degré était inenvisageable à court ou à moyen terme ; - un rapport de la Dresse Z. _____ du 20 août 2013 à l'attention de l'assureur G. _____, exposant que l'assurée présentait une polyarthrite rhumatoïde séropositive actuellement avec une modification des auto-anticorps et apparition d'anticorps anti-nucléaires, que le Simponi restait inefficace après trois mois de traitement et que la corticothérapie avait dû être maintenue ; - un extrait du dossier du Centre hospitalier L. _____ du 24 août 2013 ayant trait à une consultation en urgence suite à un nouvel épisode de vomissements et de céphalées ; - un compte-rendu du Dr P. _____ du 26 août 2013, relevant qu'en raison de son état de santé, l'intéressée n'avait jamais été en mesure de mettre en pratique son intention de rechercher du travail à 50% et n'avait jamais été capable de reprendre une activité à 50%. Par duplique du 9 octobre 2013, l'OAI maintient sa position. Il se réfère pour le reste à un avis médical du 2 octobre 2013 des Drs BB. _____ et AA. _____, du SMR, considérant que les pièces produites par la recourante ne constituent qu'une appréciation différente d'une situation inchangée. Se déterminant le 2 décembre 2013, la recourante renouvelle ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'Al (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le

cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58 LPGA ; cf. art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA) – et satisfait en outre autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art.

E. 6

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence,

l'instruction diligentée par l'OAI s'avère insuffisante tant en ce qui concerne l'aspect médical (cf. consid. 4 supra) que pour ce qui touche à la détermination du statut de la recourante (cf. consid. 5 supra), avec pour conséquence que l'on ne peut en l'état procéder à l'évaluation de l'invalidité de celle-ci. Compte tenu de ces circonstances particulières, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPG) – apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise somatique et psychiatrique (cf. art. 44 LPG) et qu'il procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins de déterminer le statut de la recourante ainsi que, le cas échéant, ses empêchements dans l'exécution des travaux ménagers. Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision.

E. 7

a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPG, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI.

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