

VD_FINDINFO AI 166/13 - 261/2014 vom 17. Juni 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_166_13_-_261_2014

FR: VD_FINDINFO AI 166/13 - 261/2014 du 17 juin 2014

IT: VD_FINDINFO AI 166/13 - 261/2014 del 17 giugno 2014

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ,
EXPERTISE MÉDICALE | 28 LAI, 4 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

E. 17

LPGA, lorsque 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. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consi. 2.2 et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2). 4. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le

domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice afin d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). 5. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le

E. 21

juin 2011. Dans le cadre de la reprise d'instruction, il a confié au CEMed la réalisation d'une expertise rhumato-psychiatrique, dont le rapport a fondé la décision de refus de prestations du 15 mai 2013. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis la décision du 11 mai 2010 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. a) A l'époque de la décision initiale de refus de rente d'invalidité, il a été constaté que la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, liées à l'épilepsie et aux troubles rachidiens, depuis janvier 2010. Les problèmes pouvant objectivement être reconnus comme limitatifs quant à la capacité de travail n'étaient que d'ordre somatique. Aucune atteinte psychiatrique n'a été mise en évidence. b) A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante fait valoir qu'elle souffre d'un état dépressif en sus de ses troubles physiques. aa) L'expertise réalisée en décembre 2011 au CEMed a mis en évidence des atteintes à la santé sous forme de cervico-brachialgies droites chroniques, d'arthrodèse C5-C6 et d'épisode dépressif modéré, avec syndrome somatique. Les experts retiennent qu'il existe des limitations sur le plan somatique principalement ; les cervico-brachialgies – les douleurs résiduelles après arthrodèse C5-C6 – limitent la recourante dans les positions assises prolongées, les travaux lourds, les ports de charge et toutes les activités avec la tête penchée en avant ou les bras en élévation. Ils considèrent que, eu égard à cette pathologie, l'activité de femme de chambre n'est plus exigible ; cependant, dans une activité légère sans port de charges, avec possibilité de changer souvent de positions, sans rester longtemps la tête penchée en avant, une capacité de travail de 100% est exigible, dès la fin octobre 2009. Sur le plan psychique, les experts retiennent

que l'épisode dépressif modéré, avec syndrome somatique, est responsable d'un état de fatigue et d'un ralentissement psychique, qualifiés de limitations fonctionnelles. Au vu de la fatigue décrite et surtout observée ainsi que du ralentissement psychique, les experts considèrent que ces limitations fonctionnelles sont incapacitantes à 100% ; elles ne le seront plus à la condition d'une prise régulière du traitement antidépresseur. A cet égard, l'expertise rapporte que le taux plasmatique de la duloxétine (antidépresseur) est indétectable, d'où l'hypothèse émise d'une non compliance au traitement. Ainsi, selon les experts, la capacité de travail est temporairement nulle et, dans les six semaines à compter de la prise régulière du traitement, laquelle est exigible, devrait être de 100%, sans diminution de rendement. Les conclusions des experts reposent sur un examen de l'assurée (les 1^{er} et 6 décembre 2011), une étude circonstanciée du dossier, une anamnèse détaillée, sont claires et dûment motivées. Eu égard aux considérations qui vont suivre, il y a lieu d'admettre qu'au plan strictement physique, les conclusions des experts emportent conviction (cf. consid. b/bb infra) ; sur le plan psychique, celles-ci doivent être relativisées compte tenu des explications subséquentes du psychiatre traitant (cf. consid. b/cc infra).

bb) Sur le plan somatique, la Dresse E. _____ fait une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel. Alors que les diagnostics posés ne sont guère différents de ceux retenus par les experts, elle atteste une incapacité de travail totale, même dans une activité adaptée légère ; elle justifie cette appréciation par les douleurs importantes ressenties par la patiente. On constate qu'en décembre 2009, dans son rapport établi à la suite de la première demande de prestations de l'assurance-invalidité, la Dresse E. _____ considérait que les cervico-dorso-lombalgies chroniques, les cervico-brachialgies droites, le status après arthrolyse et l'épilepsie permettaient à l'assurée de travailler dans une activité légère sans port de charge ni manipulations avec les membres supérieurs. Ces constatations rejoignaient celles du Dr D. _____, lequel estimait que l'activité de l'assurée devait consister en un travail sans effort physique, sans port de charges lourdes ni station debout prolongée. Sur la base de ces avis, le SMR avait retenu qu'une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles liées aux troubles rachidiens et à l'épilepsie, soit notamment une activité sans port de charges de plus de 7 kg, sans porte-à-faux ni travaux lourds avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale. Dans le cadre de la nouvelle demande, la Dresse E. _____ fonde essentiellement son appréciation sur les cervico-brachialgies bilatérales (rapports des 21 juin 2011 et 29 juillet 2011), lesquelles sont à l'origine de l'incapacité de travail de l'assurée, particulièrement de la fin prématurée du stage à Polyval. Or les experts fixent les limitations fonctionnelles sur le plan somatique eu égard principalement aux « cervicalgies très importantes, constantes, invalidantes ». Par ailleurs, ils n'ont constaté, à l'examen clinique, qu'une nette diminution de la mobilité cervicale, de discrets troubles sensitifs au toucher superficiel du membre supérieur droit mal systématisés et, au regard de l'IRM cervicale du 5 décembre 2011, un matériel d'ostéosynthèse en place, l'absence de signes d'instabilité, de débricolage et de compression radiculaire. Comme le relève le SMR, l'atteinte principale résulte d'un symptôme subjectif, à savoir la douleur, et l'absence d'atteinte objective ne permet pas de s'écarter de l'appréciation des experts. De surcroît, dans son rapport du 27 mars 2013, la Dresse E. _____ mentionne ne rien avoir à rajouter au compte rendu de l'expertise de 2012 et précise que les plaintes actuelles ainsi que le status rhumatologique sont superposables à ce qui est décrit par les experts. Il appert ainsi que si l'ancienne activité de femme de ménage n'était plus exigible de l'assurée depuis octobre 2009, une activité respectueuse des limitations fonctionnelles somatiques,

découlant des cervicobrachialgies droites chroniques (travaux lourds et port de charges, alternance des positions, travaux avec la tête penchée en avant ou les bras en élévation) paraissait exigible. Ces considérations ne diffèrent guère de celles émises lors de la première demande de prestations. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter, sur ce point, des conclusions de l'expertise. Le rapport final du 14 juin 2011 faisant suite à la mesure d'aide au placement accordée à l'assurée ne permet au demeurant pas de mettre en doute les données médicales émanant du CEMed, lesquelles l'emportent sur les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle (TF 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1 ; TFA I 248/05 du 7 novembre 2005 consid.). cc) Sur le plan psychique, selon le Dr G. _____, expert psychiatre du CEMed, les limitations fonctionnelles (fatigue et ralentissement psychique) ne seront plus incapacitantes à la condition d'une prise régulière du traitement antidépresseur. Il est évoqué un taux de la duloxétine indétectable et l'hypothèse d'une non compliance au traitement. Interpellé par le SMR à ce sujet, le Dr J. _____ explique, le 29 mai 2012, que la prescription simultanée d'un médicament traitant l'épilepsie interfère sur l'élimination sanguine de la duloxétine. Il annonce une adaptation du traitement antidépresseur avec un nouveau dosage à compter du mois de juin 2012. L'OAI ne donne aucun suivi à l'information du Dr J. _____ alors que la théorie d'une absence de compliance au traitement, telle qu'évoquée par les experts du CEMed, pourrait être mise à néant, avec pour corollaire que le retour à une capacité de travail de 100% après six semaines de traitement ne serait pas étayée médicalement. L'OAI ne peut spéculer sur l'hypothétique rémission totale des troubles psychiques, considérés comme totalement invalidants ; il aurait dû interpellé le psychiatre traitant pour connaître le résultat de l'adaptation du traitement antidépresseur et provoquer un complément d'expertise sur l'atteinte psychique, à tout le moins soumettre le courrier du psychiatre traitant du 29 mai 2012 au CEMed pour déterminations. 6. A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux incidences de l'atteinte psychique que présente la recourante sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'intimé s'avère dès lors insuffisante et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés 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 (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 (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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, s'il est patent que la situation est demeurée inchangée sur le plan somatique, il

appert que l'instruction de l'intimée est lacunaire s'agissant de l'atteinte psychique. Les conséquences l'état de santé psychique sur la capacité de travail résiduelle de la recourante n'ont pu être établies de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner 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, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra en définitive à l'OAI de mettre en œuvre une instruction complémentaire sur l'atteinte psychique présentée par la recourante et de rendre ensuite une nouvelle décision. 7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 15 mai 2013 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit aux prestations de la recourante. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté. c) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Ce montant correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif ; il n'y a pas lieu de fixer, au surplus, l'indemnité d'office de Me Alain-Valéry Poitry.

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