

VD_FINDINFO AI 203/12 - 44/2016 vom 2. Februar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-02-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_203_12_-_44_2016

FR: VD_FINDINFO AI 203/12 - 44/2016 du 2 février 2016

IT: VD_FINDINFO AI 203/12 - 44/2016 del 2 febbraio 2016

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION | 28 al. 2 LAI, 29 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins en moyenne durant une année sans interruption notable. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI).

E. 4

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

E. 5

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements médicaux fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

E. 6

La décision de l'OAI du 5 juillet 2012 refusant à la recourante le droit à une rente se fonde plus particulièrement sur la seconde expertise du Centre B._____. L'intimé a considéré que la capacité de travail de la recourante était entière dès le 11 mars 2009 dans son activité professionnelle habituelle, l'incapacité de gain constatée n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. La recourante, pour sa part, a allégué la persistance d'une pleine incapacité de travail. a) Dans le cadre de la présente procédure judiciaire, la recourante a fait l'objet de deux expertises pluridisciplinaires par le Centre B._____ qu'elle considère contradictoires et par conséquent peu crédibles. Elle ne conteste cependant pas les diagnostics retenus par les experts. L'existence d'une aggravation entre la première expertise, réalisée les 3 octobre et 27 novembre 2007, et la seconde expertise, réalisée le 11 mars 2009, est effectivement mentionnée par les experts. Il ressort cependant clairement de l'expertise qu'il ne s'agit que de l'expression par la recourante d'une aggravation de son

état de santé, que les experts n'ont pas objectivée lors de leurs examens cliniques. En effet, en l'absence d'atteinte majeure du système locomoteur et d'atteinte du système nerveux central, l'importance des troubles allégués par la recourante et leurs conséquences sur sa capacité de travail devaient être attribuées à des facteurs non somatiques, la persistance de quelques cervicaux-céphalalgies n'étant pour le surplus pas incapacitante. Les autres rapports médicaux au dossier ne permettent pas de s'écarter des conclusions des experts s'agissant des atteintes somatiques. En effet, dans son rapport du 10 juillet 2007, le Dr C. _____ précise avant tout que l'EEG révèle un tracé normal. Le phénomène de « blanc » n'est pas objectivé par cet examen mais décrit par la recourante. Le rapport du 18 juin 2008 du Prof. F. _____ ne peut qu'être écarté au vu de la jurisprudence selon laquelle un examen IRM fonctionnel ne constitue pas une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale et n'a donc pas de valeur probante pour statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent (ATF 134 V 231 consid. 5.3 ; TF 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 5.2 et 8C_334/2012 du 25 avril 2013 consid. 3.2). Il en va de même d'un examen IRM cérébral par la technique dite de tenseur de diffusion qui n'est pas non plus une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale (cf. TF 8C_978/2009 du 14 janvier 2011 consid. 5.2). Il paraît devoir en aller également de même s'agissant du rapport du 6 mai 2009 du Dr R. _____, pour ce qui est de l'interprétation des résultats de l'examen, à lire le rapport du Dr Q. _____ du 21 décembre 2009. L'appréciation du cas de la recourante par ce médecin ne va pas à l'encontre de celle des experts. Il ne se prononce pas précisément sur les causes des troubles constatés et n'a pas délivré de certificat d'incapacité de travail lors du suivi thérapeutique de la recourante. L'expertise privée du Dr Z. _____ du 22 février 2010 ne s'inscrit pas non plus en faux contre l'expertise du Centre B. _____. À l'examen clinique, seule une limitation modérée de la mobilité cervicale est observée, de même qu'une discrète hypoesthésie globale du membre inférieur gauche, qualifiée cependant d'inconstante. Il estime à 40 % la capacité de travail de la recourante, sans cependant que l'on distingue le lien entre ce pourcentage et les atteintes précitées. Il évalue de surcroît la capacité ménagère à 60 % de telle sorte que, a priori, il n'existerait pas d'incapacité globale. Quant aux Drs I. _____ et X. _____, médecins traitants de la recourante, ils n'étaient pas par des éléments cliniques objectifs leur évaluation de la capacité de travail de leur patiente. En revanche, les rapports des Drs P. _____ et N. _____ ainsi que du Prof. W. _____ tendent plutôt à confirmer les conclusions des experts du Centre B. _____. En effet, dans son rapport du 19 novembre 2007, le Dr P. _____ n'évoque que de discrets troubles de la sensibilité à l'hémicorps droit et de tout aussi discrets troubles dégénératifs, ne permettant cependant pas d'expliquer la persistance des douleurs. Le Dr N. _____, quant à lui, relève dans son rapport du 24 mars 2009 que les plaintes de la recourante ne semblent pas rattachées à des lésions organiques définies, au vu de la discordance considérable entre celles-ci et les résultats de l'examen clinique. Enfin, le Prof. W. _____ mentionne dans son rapport du 11 avril 2011 un examen clinique normal, à l'exception d'une hyperesthésie au toucher de la main droite, qualifiée au demeurant d'impression. La déstabilisation de la colonne vertébrale, surtout au niveau de C3-C4, pouvait éventuellement expliquer les douleurs cervicales intermittentes, mais seulement celles-ci à l'exclusion d'autres. Le Prof. W. _____ évoque ainsi une éventualité, et non une certitude, de telle sorte que son avis ne saurait remettre en question celui des experts. b) S'agissant de l'état de santé psychique de la recourante, les experts du Centre B. _____ ont retenu dans un premier temps le

diagnostic de personnalité mal compensée et dans un second temps celui de traits de personnalité histrionique. Au vu des critères de réalisation de ces troubles selon les deux classifications internationales reconnues (CIM-10 ou DSM-IV), ils ne sauraient être considérés comme incapacitants. Le Dr O. _____ quant à lui pose le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte chez une personnalité avec des traits de la personnalité histrionique. Ce diagnostic rejoint partiellement celui des experts du Centre B. _____ en tant qu'il porte sur les traits de la personnalité histrionique. Le second diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte ne permet pas de déduire que l'expertise du Centre B. _____ serait incomplète. En effet, la recourante a consulté le Dr O. _____ dès le 1^{er} septembre 2010, soit plus d'une année après son examen par les experts du Centre B. _____ et a priori, il ne saurait être exclu que ce trouble soit apparu ultérieurement à cet examen. Quoiqu'il en soit, même dans l'hypothèse où il n'aurait pas été détecté par les experts du Centre B. _____, il n'aurait aucune incidence, dans la mesure où le Dr O. _____ estime que l'état de santé psychique de la recourante ne justifie aucune incapacité de travail.

E. 7

Le Dr P. _____ a évoqué une suspicion de trouble somatoforme douloureux, posant finalement le diagnostic de syndrome douloureux chronique, à l'instar des Drs Q. _____ et X. _____. Le Dr O. _____ a pour sa part retenu le diagnostic de probable syndrome douloureux somatoforme. Les experts du Centre B. _____ ont considéré dans leur expertise du 5 juin 2009 qu'il n'y avait pas lieu de retenir un trouble somatoforme. Outre qu'il est retenu par des médecins non psychiatres, le diagnostic de syndrome douloureux chronique n'existe pas en tant que tel dans la classification internationale, laquelle connaît celui de syndrome douloureux persistant (F45.4), à distinguer encore de celui de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.40), concerné par la jurisprudence. Les experts du Centre B. _____ ont exclu le diagnostic de trouble somatoforme alors que le Dr O. _____ l'évoque, sans cependant retenir une incapacité de travail. a) Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence fixant les principes et critères d'appréciation du caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (F45.40) (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue des critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (consid. 8 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). b) Selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes (10^e édition ; CIM-10),

la caractéristique essentielle du trouble somatoforme (F45) est l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. On parle de somatisation (F45.0) lorsque les principales caractéristiques sont des symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, persistant au moins deux ans, les sujets entretenant dans la plupart des cas, depuis longtemps, des relations complexes avec les services médicaux, spécialisés et non spécialisés, et ayant subi de nombreuses investigations ou interventions exploratrices négatives. Le trouble a une évolution chronique et fluctuante, et s'accompagne souvent d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial. En matière de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.40), la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins. c) En premier lieu, il sera relevé que le Dr O. _____ qualifie seulement de probable le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. À cela s'ajoute qu'il ne fait état d'aucune altération du comportement social, interpersonnel ou familial de sa patiente. Il précise qu'aucune médication n'a été prescrite à la recourante, dans la mesure où elle ne présentait pas de symptomatologie psychiatrique importante et au demeurant la refusait. Il ressort du rapport du Dr O. _____ que la problématique essentielle, exprimée par la recourante et constatée par ce médecin, concerne le litige asséculogique survenu ensuite de l'accident du 25 mars 2007. Néanmoins, le Dr O. _____ n'indique pas que sa patiente se serait plainte auprès de lui de douleurs persistantes et intenses. Il ne relève pas non plus de sentiment de détresse. Bien au contraire, il n'a pas observé de troubles thymiques et décrit sa patiente plutôt souriante, cherchant le contact. Cela étant, il apparaît que les critères médicaux autorisant le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant ne sont pas tous réalisés, ce qui pourrait expliquer que le Dr O. _____ ne l'ait considéré que comme probable. Quoiqu'il en soit, ce médecin n'en déduit aucune incapacité de travail. Quant aux experts du Centre B. _____, ils excluent ce diagnostic à juste titre. Plus particulièrement, l'anamnèse ne met pas en évidence de perte d'intégration sociale et il n'a été observé ni sentiment de détresse, ni comportement algique lors de l'examen clinique. Il n'existait par ailleurs pas de rétrécissement marqué du champ de pensée de la recourante sur ses douleurs.

E. 8

Cela étant, d'une manière générale, les expertises du Centre B. _____ peuvent être considérées comme concluantes. Le travail fourni par leurs auteurs est de qualité et exhaustif. Les experts font notamment mention des rapports médicaux, cliniques et radiologiques. L'anamnèse est complète et prend en compte d'une manière détaillée les plaintes subjectives de la recourante. L'examen clinique est approfondi et l'exposé des plaintes circonstancié. Les conclusions sont claires, précises et les explications à l'appui de celles-ci sont convaincantes. A cela s'ajoute que les médecins du SMR ont admis qu'il n'y avait aucun motif médical de s'écarter des conclusions des experts. En conséquence, il devra être retenu une incapacité de travail de 100 % du 25 mars 2007, date de l'accident de circulation, au 31 mai 2007, et de 40 % depuis le 1^{er} juin 2007, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. À partir du 11 mars 2009, date de l'examen clinique pratiqué lors de la seconde expertise, la capacité de travail est entière.

E. 9

a) L'OAI a calculé la perte de gain en retenant un revenu sans invalidité de 96'000 fr. et un revenu avec invalidité de 71'118 fr. Ce dernier montant correspondait à l'addition de la part de salaire fixe ramenée à 60 %, soit 31'200 fr., et de la part variable, soit la totalité du chiffre d'affaires réalisé par la recourante lors de sa période de travail à 60 %, soit 39'918 francs. Il en résultait une perte de gain de 24'882 fr., soit un degré d'invalidité de 25.92 % n'ouvrant pas le droit à la rente. Or, en présence d'une incapacité de travail de la recourante de 40 % dans son ancienne activité comme dans toute autre activité pendant la période du 1^{er} juin 2007 au 10 mars 2009, le revenu qu'elle pouvait obtenir en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail correspondait à une incapacité de gain de 40 % elle aussi (comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; 104 V 135 consid. 2b). Ainsi, l'incapacité de travail de l'intéressée se confond avec son incapacité de gain, de sorte que le taux d'invalidité pouvait être fixé sans analyse économique. En l'espèce, les conditions du droit à une rente telles que prévues par l'art. 28 LAI sont réalisées. Plus particulièrement, la recourante a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % du 25 mars 2007 au 10 mars 2009, ceci sans interruption et une année après la survenance de l'incapacité, celle-ci était toujours de 40 %. La recourante a déposé sa demande le 28 janvier 2008. Le droit à la rente prenant naissance plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de cet acte (art. 29 al. 1 LAI), la recourante a droit à un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2008. b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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). Selon la jurisprudence (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Cela étant, il convient d'examiner la modification de l'état de santé de la recourante à partir du 11 mars 2009 selon les critères prévalant en matière de révision. La capacité de gain de la recourante s'est notablement améliorée dès l'instant où il doit être admis qu'elle a recouvré une pleine capacité de travail à partir du 11 mars 2009. En conséquence, elle n'a plus droit à une rente dès le 1^{er} juillet 2009. Il appartiendra à l'OAI de calculer le montant du quart de rente octroyé du 1^{er} juillet 2008 au 30 juin 2009, en tenant compte d'une éventuelle surindemnisation.

E. 10

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise pluridisciplinaire. En effet, les expertises et rapports au dossier sont suffisants et la mesure d'instruction requise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 119 V 335 consid. 3c et la référence.)

E. 11

Il résulte de ce qui précède que le recours, partiellement fondé, doit être admis et entraîne une réforme de la décision litigieuse dans le sens de l'octroi d'un quart de rente du 1^{er} juillet 2008 au 30 juin 2009. Vu le sort du recours, la recourante, ayant procédé avec l'assistance d'un mandataire autorisé, peut se voir accorder des dépens, qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Succombant, l'office intimé supportera les frais judiciaires arrêtés à 400 fr., conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI.

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