

VD_FINDINFO AI 219/16 - 113/2017 vom 11. April 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-04-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_219_16_-_113_2017

FR: VD_FINDINFO AI 219/16 - 113/2017 du 11 avril 2017

IT: VD_FINDINFO AI 219/16 - 113/2017 del 11 aprile 2017

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, EXPERTISE MÉDICALE, TRAITEMENT DE L'AFFECTION COMME TELLE, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, NOUVELLE DEMANDE | 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 44 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

E. 17

LPGA (cf. TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, 8C_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2 et 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition 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. C'est ainsi qu'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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien 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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références). 4. a) En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la

troisième demande de prestations de l'assurée. Il lui a reconnu le droit à une rente limitée dans le temps, étant établi que la situation de l'intéressée s'est modifiée depuis la dernière décision en force reposant sur un examen complet du droit aux prestations, savoir celle du 17 mai 2010. A cette époque en effet, une capacité de travail de 50% demeurait exigible dans son activité habituelle de l'avis du Dr Q._____ (cf. rapport d'examen du 10 décembre 2009). Désormais toutefois, tous les médecins s'accordent sur le fait que l'activité habituelle d'aide-infirmière n'est plus adaptée. L'OAI s'est en l'occurrence en particulier fondé sur le rapport d'examen des Drs R._____ et I._____ du SMR du 27 février 2015 pour retenir que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sous réserve d'une période de totale incapacité du 25 avril 2013 au 4 avril 2014. C'est sur cette base que l'intimé a reconnu à l'assurée le droit à une rente limitée dans le temps, savoir un quart de rente du 1^{er} juillet au 30 septembre 2013, puis une rente entière du 1^{er} octobre 2013 au 31 juillet 2014. La recourante, de son côté, conteste être en mesure d'œuvrer à plein temps, en se prévalant de l'avis de ses médecins traitants, soit en particulier ceux du Professeur C._____ et du Dr F._____.

b) Il est établi que sur le plan somatique, la recourante présente des atteintes principales à deux niveaux, à savoir celui de la hanche, d'une part, et au niveau du rachis, d'autre part. Dans ce cadre, la recourante a fait l'objet d'un premier examen en avril 2012 par le Dr Q._____, qui a estimé que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle d'aide-infirmière, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges, en évitant les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, de courts déplacements à plat étant possibles). Toutefois, à la suite de cet examen, une discopathie sévère L2-L3 a notamment été mise en évidence (cf. rapport du 11 avril 2013 du Dr T._____). Le 3 mai 2013, le Dr N._____, ancien médecin traitant, a estimé que la situation de sa patiente se péjorait et a estimé que la poursuite des mesures de reclassement était contre-indiquée, mettant pour le surplus en avant le 10 juin 2013 l'aggravation des lombalgies. Le 2 septembre 2013, le Dr N._____ a fait savoir à l'OAI que sa patiente était prise en charge par la consultation du dos à l'Hôpital orthopédique, et qu'elle était en arrêt de travail depuis le 25 avril 2013, ledit arrêt faisant suite à un stage de caissière qui avait entraîné une aggravation des lombalgies. Le 11 septembre 2013, le Professeur C._____ a expliqué que sa patiente serait évaluée par le Dr V._____, estimant qu'une prise en charge fonctionnelle pourrait améliorer le confort quotidien de l'intéressée, dont la capacité de travail était extrêmement restreinte face à l'échec de la tentative de réinsertion en qualité de caissière. Le 23 octobre 2013, le Professeur C._____ a constaté une péjoration des lombalgies, estimant la capacité de travail dans une activité adaptée à 50%. Finalement, l'assurée a été prise en charge auprès du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du CHUV du 17 mars au 4 avril 2014. Toutefois, à l'issue de ce séjour, le Dr V._____ a estimé que la capacité de travail n'était que de 50% dans une activité adaptée, plutôt sédentaire et sans port de charges. Le 1^{er} octobre 2014, le Professeur C._____ a fait état d'une capacité de travail de 30 à 50% au maximum dans une activité adaptée sédentaire. Certes, l'assurée a été examinée par les Drs R._____ et I._____ du SMR, les 20 janvier et 26 février 2015. Les conclusions de ces médecins, selon lesquelles l'assurée est en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps, sont toutefois mises à mal par l'ensemble des autres médecins ayant examiné l'assurée, y compris des spécialistes, tels le Professeur C._____ et le Dr V._____. Il est vrai que les facteurs socioprofessionnels mentionnés par le Professeur C._____ dans son rapport du 1^{er} octobre 2014 n'ont pas à être pris en considération pour établir la

capacité de travail de la recourante. Toutefois le seul fait que lesdits facteurs aient été évoqués ne permet pas encore d'écarter purement et simplement l'appréciation du Professeur C._____. En outre, à l'issue du séjour de réadaptation dont l'assurée a bénéficié au DAL, sa capacité de travail est demeurée de 50%, ainsi que l'a observé le Dr V._____. Les motifs ayant conduit les médecins du SMR à écarter l'appréciation du Professeur C._____ du 1^{er} octobre 2014 ne sont dès lors pas suffisants ni suffisamment motivés. Lesdits médecins ne se sont au demeurant pas penchés sur les observations du Professeur C._____ du 30 septembre 2015, qui a mis en évidence le fait que si la hanche évoluait de manière relativement favorable, le problème de la décompensation des troubles dégénératifs lombaires liée à cette longue évolution d'une luxation haute appuyée restait problématique, avec une restriction de la capacité de travail de 50% au moins. Le Professeur C._____ a répété le 4 avril 2016 que la capacité de travail de l'assurée était au maximum de 50%. Le nouveau médecin traitant de l'assurée, le Dr F._____, a lui aussi estimé que seule une activité au taux de 30 à 50% était envisageable. Ainsi les avis médicaux au dossier viennent par conséquent contredire l'appréciation des médecins du SMR. Il en résulte que des investigations complémentaires s'imposent au niveau somatique. Au niveau psychique, des diagnostics avec effet sur la capacité de travail ont été posés par le Dr F._____, nouveau médecin traitant de l'assurée. La recourante a toutefois débuté en janvier 2015 une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr M._____, psychiatre, ainsi que d'une psychologue, dans le cadre d'une psychothérapie déléguée. Cette dernière a fait savoir à la recourante qu'elle avait besoin d'un suivi psychiatrique auprès d'un psychiatre, mais que le Dr M._____ était trop occupé (cf. rapport d'examen SMR du 27 février 2015 p. 6). La recourante a ensuite entrepris un suivi auprès du Dr O._____, psychiatre. Aucun questionnaire médical n'a toutefois été adressé aux spécialistes précités.

c) Il convient par conséquent de retenir que le dossier de la cause demeure lacunaire sur le plan médical, tant au niveau somatique que psychiatrique. Par voie de conséquence, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher le point de savoir si la recourante présente ou non une atteinte à la santé se répercutant négativement sur sa capacité de travail.

5. La recourante conteste également son statut. Or dans le formulaire qu'elle a complété le 9 juin 2008, la recourante a répondu qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% comme aide-infirmière pour des raisons financières et par intérêt personnel. L'enquêtrice a en outre retenu dans son rapport du 16 janvier 2009 un statut de 100% active de l'assurée depuis janvier 2009. Dans ce contexte, l'assurée avait déclaré qu'elle n'aurait aucune difficulté à travailler à 100%. Compte tenu de l'âge de ses filles, ce statut de 100% active n'est au demeurant pas critiquable et doit être confirmé, en rappelant qu'il convient en outre selon la jurisprudence d'accorder la préférence en présence de versions différentes et contradictoires aux premières déclarations (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a ; cf. TF 8C_591/2015 du 19 janvier 2016 consid. 5.3 et 8C_492/2014 du 8 septembre 2015 consid. 3.3).

6. Au final, il appert que la Cour de céans ne dispose pas d'informations médicales suffisantes pour pouvoir trancher le litige en toute connaissance de cause.

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, il apparaît que l'OAI a statué sur la base d'un dossier médical lacunaire. Ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de son état de santé sur sa capacité de travail n'ont été établis à satisfaction de droit. Dans ces circonstances, il se justifie 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 y a donc lieu de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique au sens de l'art. 44 LPGA, les experts étant libres de s'adjoindre au besoin les services d'un autre spécialiste. Il appartiendra ensuite à l'office de rendre une nouvelle décision. c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner plus avant l'argumentaire de la recourante. 7. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. 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'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, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'OAI.

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