

## **VD\_FINDINFO AI 263/11 - 337/12 vom 29. Oktober 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-10-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_263\\_11\\_-\\_337\\_12](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_263_11_-_337_12)

FR: VD\_FINDINFO AI 263/11 - 337/12 du 29 octobre 2012

IT: VD\_FINDINFO AI 263/11 - 337/12 del 29 ottobre 2012

### **Regeste**

DEMANDE DE PRESTATION D'ASSURANCE, PROCÉDURE PRÉPARATOIRE, DÉCISION DE RENVOI, EXPERTISE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, DROIT À LA PREUVE | 4 LAI, 44 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 3 RAI, 87 al. 4 RAI, 87 RAI

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

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 (art. 8 al. 1 LPGA et 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art.

#### **E. 8**

LPGA) à 40% au moins (let. c). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur 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 (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements 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 (ATF 125 V 256, consid. 4 ; 115 V 133, consid. 2 ; 114 V 310, consid. 3c ; 105 V 156, consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 (ATF 125 V 351, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci 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). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). On soulignera enfin qu'il appartient en principe aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail fonctionnelle résultant d'une atteinte à la santé. Un rapport d'un spécialiste de la réadaptation professionnelle peut toutefois aussi être pris en considération, notamment lorsqu'il existe une divergence importante entre l'évaluation de la capacité de travail faite par les médecins et les résultats obtenus pendant un stage (cf. sur cette question, l'arrêt du Tribunal fédéral du 4 juillet 2008, 9C\_833/2007; TF 8C 468/2010). b) Selon l'art. 43 LPGA, 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 (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. L'office AI dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. 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). 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 93, consid. 6.4). Lorsque le juge des assurances

examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, 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 (ATF 122 V 157, consid. 1d). 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 récemment 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).

6. a) La recourante est atteinte dans sa santé. Si les diagnostics médicaux posés par les différents médecins qui l'ont examinée pour les atteintes à son intégrité physique ne sont pas identiques en tous points, ils peuvent être résumés comme suit. L'assurée ressent des douleurs dans les régions cervicales (cervicalgies sur cervicarthrose) et lombaires (lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire; spondylose dorsale étagée; discopathies avec arthrose postérieure au même niveau). L'arthrose postérieure est décrite comme importante par la Dresse S. \_\_\_\_\_ (rapport du 22 juin 2009). S'y ajoutent une suspicion de sclérose en plaques et divers troubles ostéo-articulaires d'origine rhumatismale (certificat du 3 avril 2009 du Dr X. \_\_\_\_\_) et un déconditionnement musculaire focal et global (rapport du 7 octobre 2009 de la Dresse S. \_\_\_\_\_; voir aussi les constatations de la lettre de sortie du 8 septembre 2009 du CHUV). Enfin, les médecins relèvent la présence de kystes (rapport du 14 janvier 2010 de la Dresse Y. \_\_\_\_\_ et rapport du 19 février 2010 de la Dresse W. \_\_\_\_\_), cette dernière diagnostiquant des troubles statiques. Enfin, se pose la problématique de la prise effective des médicaments. Sur le plan somatique, le rapport SMR des Drs N. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ a certes admis une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée après un examen rhumatologique et psychiatrique. Toutefois, tant la Dresse S. \_\_\_\_\_ dans ses rapports des 19 mars 2008, 17 juin 2008 et 7 octobre 2009, que le Dr X. \_\_\_\_\_ dans son certificat du 3 avril 2009 retiennent une incapacité de travail de 50%. Quant à la Dresse W. \_\_\_\_\_, après avoir admis une incapacité de travail de 50% en novembre 2005, elle a constaté une aggravation de la symptomatologie lombaire entraînant une incapacité de travail de 100% depuis janvier 2010, puis confirmé en mai 2010 que la capacité de travail était nulle dans toute activité. Les conclusions contradictoires auxquelles

parviennent les praticiens justifient d'ordonner une expertise, ce dont l'intimé convient. Cette mesure d'instruction s'impose également par le fait que l'expertise SMR a été exécutée en mars 2007, alors que la décision a été rendue en juillet 2011, apparemment dans une situation d'aggravation de l'état de santé. b) Sur le plan psychique, l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ comprend une anamnèse, expose les plaintes et données subjectives de la recourante, ainsi que le statut clinique, donne le résultat des tests avec les méthodes utilisées, formule les diagnostics, l'appréciation du cas et le pronostic, enfin répond aux questions posées. Le fait que l'expert n'ait vu qu'une fois la recourante (selon les déclarations de celle-ci, au cours d'un entretien qui a duré quelques 45 à 50 minutes) n'est en principe pas relevant dès lors que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C\_386/2010 du 15 novembre 2010; TF 9C\_443/2008 du 28 avril 2009; TF I 1084/06 du 26 novembre 2007 c. 4). Du point de vue formel, l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ apparaît ainsi conforme aux exigences posées en la matière par la jurisprudence. Cette expertise paraît en outre confortée par l'avis d'autres spécialistes (examen clinique bidisciplinaire SMR du 3 février 2004; rapport du 16 avril 2007 des Drs N.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_). Toutefois, la motivation et les conclusions de l'expertise sont mises en doute par d'autres praticiens (Dr J.\_\_\_\_\_ et Dresse M.\_\_\_\_\_). C'est sur la base de l'examen de la recourante et de l'étude du dossier que l'expert estime l'humeur chronique de la recourante insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent et pour retenir une dysthymie (p. 20). Le Dr F.\_\_\_\_\_ indique avoir vu la recourante à une seule reprise, le 15 mars 2011. Selon les déclarations de cette dernière à l'audience du 10 octobre 2012, son unique entretien avec le Dr F.\_\_\_\_\_ a duré de 45 à 50 minutes. Dans l'expertise, les plaintes de l'assurée font l'objet d'un exposé partiel, sans référence aux souffrances psychiques (p. 13), celles-ci étant citées par la suite pour être immédiatement réfutées dans le "statut clinique". Le Dr F.\_\_\_\_\_ a ainsi noté "une discordance entre ce qui est dit par l'assurée et ce qui est ressenti par l'expert" et indiqué que la recourante "dit être très triste et déprimée, mais l'expert ressent plutôt une tristesse fluctuante en fonction [des] problèmes physiques" (pp. 14/15) : le sentiment purement subjectif de l'expert, sans motivation médicale aucune, fait apparaître un examen des plaintes peu rigoureux et superficiel, d'autant que l'expert indique avoir effectué "tout au long de l'entretien" le test DMRS relatif aux "mécanismes de défense psychologiques selon une optique psychodynamique" (p. 16). L'expert s'est ainsi essentiellement fondé sur le dossier en sa possession, en d'autres termes sur des observations cliniques et des diagnostics qui diffèrent, plus ou moins selon les praticiens en cause, de ceux qu'il a retenus en définitive. Dans l'appréciation du cas et le pronostic (pp. 19 à 23), l'expert cite bien les avis des Drs J.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. Cette dernière praticienne signale deux hospitalisations, avec un diagnostic "d'épisode dépressif moyen à sévère", si bien que le Dr F.\_\_\_\_\_ ne paraît pas avoir eu à sa disposition tous les éléments de fait nécessaires pour motiver ses diagnostics. De plus, une expertise exécutée pour l'essentiel sur la base des rapports d'autres médecins doit en contrepartie exposer une argumentation sans faille qui, au terme d'une discussion complète, permet de comprendre comment l'expert parvient à ses propres conclusions. A cet égard, la démonstration proposée par l'expert (pp. 19 à 21) ne convainc toutefois pas pleinement, car elle n'accorde aucune attention à l'observation clinique lors des hospitalisations au cours desquelles d'autres spécialistes ont retenu un diagnostic de dépression récurrente sévère, avec une incapacité de travail pendant ces épisodes. L'expert est également superficiel dans son examen du cumul des affections physiques et psychiques (qui sont imbriqués de longue

date), de la durée et l'enchevêtrement des pathologies, enfin de l'impact de ces éléments au cours du temps sur la capacité de travail de la recourante. c) Il y a dès lors lieu, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique (expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPG), les experts étant notamment invités à décrire l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis la date du dépôt de la deuxième demande de rente AI en termes d'incapacité de travail, respectivement de capacité de travail résiduelle exigible. 7. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 3'000 francs. Il n'y a pas lieu de mettre des frais de justice à la charge de l'assuré, qui obtient gain de cause (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD en relation avec l'art. 69 al. 1bis LAI). En revanche, il convient d'arrêter à 400 fr. les frais de justice à la charge de l'intimé, qui succombe.

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