

VD_FINDINFO AI 273/12 - 300/14 vom 4. Dezember 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-12-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_273_12_-_300_14

FR: VD_FINDINFO AI 273/12 - 300/14 du 4 décembre 2014

IT: VD_FINDINFO AI 273/12 - 300/14 del 4 dicembre 2014

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, FORCE PROBANTE | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 al. 1 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 (art. 8 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 al. 1 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. b) 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins.

E. 3.2

et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

E. 4

a) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins – d'autres spécialistes le cas échéant – 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 peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références). Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGa). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 précité consid. 4.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré 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 ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n°15 p. 43 ; 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3 ; 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2 ; 9C_341/2010 du 12 octobre 2010 consid. 2.2 ; 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4 ; 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008 consid. 4.2). b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérant. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid.

E. 5

En l'espèce, l'intimé a nié à la recourante le droit à des mesures d'ordre professionnel, ainsi qu'à une rente, au motif qu'elle était capable d'exercer son activité habituelle à temps complet. Le trouble somatoforme douloureux persistant dont elle souffrait ne suffisait pas à lui reconnaître une atteinte invalidante au sens de l'AI. La recourante allègue une incapacité entière de travail en raison essentiellement de malaises, de manque de force et de fibromyalgie, requérant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, ainsi que l'audition des Drs J. _____ et R. _____. Dans sa demande du 23 février 2011, la recourante avait indiqué souffrir également de cervico-dorsalgies, brachialgies droites, migraines, hypertension artérielle, syndrome du tunnel carpien et d'état anxio-dépressif. Selon son opposition du 31 mai 2012, elle souffrait en outre de crises d'angoisse. a) Sur le plan somatique, l'on note en premier lieu qu'il n'y a au dossier aucun document médical attestant du fait que la recourante présenterait encore régulièrement des malaises et posant un diagnostic en lien avec cette atteinte. La recourante a évoqué, à l'occasion de l'entretien du 1^{er} septembre 2009 avec l'OAI, des maux de tête en 2008 et 2009. Le Dr X. _____ a posé, dans son rapport du 21 mars 2011, le diagnostic de migraines, sans toutefois rattacher de limitations fonctionnelles à cette atteinte. Il avait du reste précisé dans son courrier au médecin-conseil de la G. _____ assurances du 7 décembre 2010, que l'incapacité de travail de la recourante découlait essentiellement de son état dépressif. Dans son rapport du 21 mars 2011, il relevait également que le pronostic dépendait essentiellement du problème psychiatrique. Le Dr B. _____ faisait le même constat en août 2009 et en mars 2010, précisant que le status neurologique de sa patiente était normal et que le tableau de migraines était au second plan. Au vu de ce qui précède, l'on ne peut attacher de caractère invalidant aux migraines dont souffre l'assurée, ni aux malaises qu'elle allègue (cf. TF 9C_701/2013 du 12 juin 2014 concernant les migraines). Il en va de même des diagnostics d'hypertension artérielle, auquel le Dr X. _____ n'attache aucune limitation, et de syndrome du tunnel carpien droit, qualifié de discret et peu gênant par le Dr B. _____. Dans la mesure où les médecins traitants de la recourante n'évoquent aucune autre atteinte somatique (telles que cervico-dorsalgies ou brachialgies), indépendante de l'atteinte psychiatrique, il n'est pas nécessaire d'investiguer plus avant sur ce point. On retiendra dès lors que la recourante ne souffre d'aucune atteinte invalidante sur le plan somatique. b) 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'assurance-invalidité, 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et 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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne

incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 9C_387/2009 du 5 octobre 2009 consid. 3.2). Plus précisément, dans le contexte de troubles somatoformes douloureux, les états dépressifs constituent, selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient en principe faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; TF 9C_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 4.1). Aussi, si on ne peut pas nier d'emblée qu'un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne entraîne des effets invalidants, il faut, pour que ceux-ci soient admis, qu'il ne s'agisse pas d'une simple manifestation d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, mais bien d'une atteinte dépressive indépendante, séparée du syndrome douloureux psychogène (TF 9C_901/2012 précité et les références ; 9C_521/2012 du 17 janvier 2013 consid. 3.1.2 et les références). D'autres critères peuvent fonder un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle en cas de trouble somatoforme douloureux persistant. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4 ; 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2 ; TF I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1 et les références). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle générale, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 ; TF I 81/07 précité). En l'espèce, la recourante a évoqué, tout au long de la procédure administrative et judiciaire, souffrir de fibromyalgie et de dépression. Dans son rapport médical du 21 mars 2011, le Dr X. _____, médecin-traitant de la recourante, a notamment posé le diagnostic d'état anxio-dépressif chez une patiente à la personnalité avec des traits émotionnellement immatures, dépendants et histrioniques accentués. Le Dr B. _____, dans son rapport du 24 mars 2010, retenait lui aussi un état dépressif. La Dresse R. _____, également médecin traitant de la

recourante, a retenu, dans son rapport du 3 mai 2011, les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de trouble panique. Le Dr J. _____, chargé par la G. _____ assurances d'effectuer une expertise psychiatrique, exclut quant à lui les diagnostics d'épisode dépressif, de trouble dépressif récurrent ou de trouble anxieux généralisé. Il constate notamment, sur le plan de l'anamnèse, l'absence de pathologie psychiatrique au sens strict. La recourante disait en effet ne pas avoir souffert de symptômes psychiatriques auparavant et se décrivait comme une personne qui, malgré ses problèmes physiques, avait toujours travaillé. Elle n'avait commencé sa prise en charge psychiatrique que quelques mois auparavant. Les symptômes anxieux et dépressifs de l'assurée semblaient plutôt légers comparés à ses plaintes somatiques et son autolimitation importante. L'expert relève à ce propos que ces symptômes s'étaient clairement manifestés suite à des plaintes et des problèmes physiques. L'expert reconnaît que la recourante présente une personnalité avec des traits émotionnellement immatures, dépendants et histrioniques accentués. Il exclut cependant un vrai trouble de la personnalité (que ne retient d'ailleurs pas non plus la Dresse R. _____), dans la mesure où l'intéressée avait pu maintenir un certain niveau de fonctionnement psychosocial durant des années sans avoir exprimé de souffrance psychique. Le Dr J. _____ a établi son rapport sur la base d'un examen clinique de la recourante et de documents médicaux émanant des Drs X. _____ et B. _____, ainsi que de la Dresse R. _____. Le rapport d'expertise rend compte d'une anamnèse complète, notamment sur les plans psychosocial, professionnel et psychiatrique, ainsi que des plaintes de l'expertisée. L'analyse est claire et détaillée. Le Dr J. _____ expose précisément les raisons pour lesquelles il ne retient pas un trouble dépressif récurrent ou un trouble anxieux généralisé. Clair, complet et motivé, le rapport du Dr J. _____ satisfait aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 4a). On observe par ailleurs que, dans la mesure où le Dr X. _____ se borne à mentionner un diagnostic sans le motiver, et qu'il n'est en outre pas un spécialiste en psychiatrie, ses conclusions ne sont pas susceptibles de remettre en cause celles du Dr J. _____. Ceci vaut également concernant les constatations du Dr B. _____ sur le plan psychiatrique. Quant à la Dresse R. _____, on observe qu'elle fonde son appréciation du cas sur les mêmes constatations que le Dr J. _____, à savoir notamment que la recourante présente une certaine anxiété, une humeur triste, une préoccupation quasi obsessionnelle sur sa santé, des troubles du sommeil et de la mémoire. Son avis diverge de celui du Dr J. _____ dans le fait que ce dernier n'attribue pas ces symptômes à un trouble de type dépressif ou anxieux. La Dresse R. _____, qui n'est pas au bénéfice d'une spécialisation en psychiatrie et psychothérapie reconnue en Suisse, contrairement au Dr J. _____, ne fait cependant pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. Il s'agit ainsi d'une appréciation divergente d'une même situation, et ce par un médecin traitant. Au vu de la jurisprudence, ceci ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise (cf. supra consid. 4a). Partant, il ne peut être reconnu à la recourante d'atteinte psychiatrique invalidante de type dépressif ou anxieux. L'expert ne nie par ailleurs pas toute atteinte à la recourante, puisqu'il retient un trouble somatoforme douloureux persistant (tout comme le Dr X. _____), eu égard à ses fortes plaintes concernant des douleurs dans quasiment tout le corps, à sa grande fixation sur ces douleurs et à une autolimitation importante. L'intensité des plaintes et l'autolimitation semblent selon lui fortement démesurées et peu adéquates face à une éventuelle affection physique objectivable. Les symptômes dépressifs que présente la recourante appartiennent à la symptomatologie d'un tel trouble, de même qu'une certaine

tension interne, une irritabilité avec des angoisses et des crises de panique. Le rapport d'expertise ayant valeur probante, l'expert doit être suivi dans cette analyse. Ainsi, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité (cf. supra consid. 5b). Aucune comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante ne pouvant être retenue, les troubles anxieux et dépressifs présentés par la recourante ne constituent pas des atteintes indépendantes du trouble somatoforme douloureux. L'expert exclut par ailleurs de manière motivée une perte d'intégration sociale de l'intéressée, faisant en outre la différence entre l'atteinte qu'on lui reconnaît et l'exagération dont elle fait preuve dans ses plaintes. Une maladie chronique somatique concomitante sévère n'étant pas objectivée, l'on doit constater l'absence de critères fondant un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle en cas de trouble somatoforme douloureux persistant, et ainsi nier le caractère invalidant de celui-ci. c) En définitive, il convient de retenir que la recourante souffre de trouble somatoforme douloureux (et non pas de fibromyalgie, ce qui n'aurait du reste pas eu d'incidence quant au raisonnement juridique, au vu de la jurisprudence, cf. ATF 132 V 65 consid. 4). En l'absence de comorbidité psychiatrique, comme de plusieurs des autres critères retenus par la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 5b), telles qu'affections corporelles chroniques ou perte d'intégration sociale, l'intimé était fondé à conclure à l'absence d'atteinte invalidante au sens de l'AI. Il y a lieu de préciser que si le SMR constate, dans son rapport du 2 novembre 2011, une incapacité totale de travail dès le 29 avril 2009, ce n'est pas en raison d'une atteinte invalidante, le rapport étant clair sur le fait qu'aucune atteinte à la santé du ressort de l'assurance-invalidité n'était retenue. Le SMR s'est contenté de reprendre les conclusions du Dr J. _____, lequel a noté que la recourante avait bénéficié d'un arrêt de travail dès cette date. Le médecin-conseil de la G. _____ assurances s'étant ralliée aux conclusions du Dr J. _____, les indemnités journalières versées par cette assurance l'ont été pour cette même raison. Une incapacité de travail de 50 % dès le 1^{er} décembre 2010 a ensuite été reconnue, en raison d'un déconditionnement physique, justifiant une reprise progressive du travail. En définitive, contrairement à ce que soutient la recourante, aucune expertise ne mentionne une incapacité de 100 % dès le 1^{er} janvier 2011, mais bien plutôt une capacité de travail entière dès cette date. Concernant les mesures d'instruction requises par la recourante, l'on note enfin que ne figure au dossier aucun élément de nature à justifier de plus amples investigations sur le plan somatique. Dans la mesure où les Drs J. _____ et R. _____ ont produit des rapports écrits détaillés, la Cour considère que leur audition ne se justifie pas non plus. Le dossier étant complet, permettant à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, de plus amples mesures d'instruction n'apparaissent pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 119 V 335 consid. 3c in fine et la référence), les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit.

E. 6

Partant, il sied de constater que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en rejetant, sur la base des conclusions de l'expert J. _____ qui emportent la conviction, la demande de prestations formée par la recourante, les griefs formulés par cette dernière devant être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

E. 7

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, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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