

# VD\_FINDINFO AI 285/14 - 305/2015 vom 26. November 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-11-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_285\\_14\\_-\\_305\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_285_14_-_305_2015)

FR: VD\_FINDINFO AI 285/14 - 305/2015 du 26 novembre 2015

IT: VD\_FINDINFO AI 285/14 - 305/2015 del 26 novembre 2015

## Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL, MÉDECIN | 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

## Erwägungen

### E. 10

mg 1x/j, Venlafaxine 150 1x/j, Euthyrox 150 µg. Par duplique du 5 mai 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions, renvoyant à un avis du 14 avril 2015 du SMR, invité à se prononcer sur les rapports du Centre K.\_\_\_\_\_, ainsi que sur le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_. Le SMR a considéré que le dernier rapport du Centre K.\_\_\_\_\_ était trop bref pour juger de l'évolution de l'état de santé de la recourante. Le maintien du diagnostic d'épisode dépressif d'intensité sévère n'était pas cohérent avec l'évolution favorable décrite dans les rapports d'A.\_\_\_\_\_. Finalement, l'on était dans l'ignorance des résultats de l'adaptation thérapeutique concernant l'atteinte respiratoire. La description de cette dernière ne laissait toutefois pas présager de la présence de limitations fonctionnelles durablement incapacitantes. L'intimé a également produit un courrier de X.\_\_\_\_\_ Assurance adressé le 17 avril 2015 à la recourante, observant notamment que le Dr W.\_\_\_\_\_ n'attestait pas d'incapacité de travail en lien avec les troubles de sa patiente. Invitée à déposer d'éventuelles déterminations, la recourante ne s'est pas prononcée à ce jour. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement une rente, au regard des atteintes à sa santé. 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 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (art. 6 LPGA). 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. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). b) Pour pouvoir fixer 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 (cf. 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). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201], a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.5 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2

RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). 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). c) 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 prépondérante. 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. 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). 4. a) Concernant en premier lieu le trouble dépressif invoqué par la recourante, il convient de rappeler que 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 malade, 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 (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; 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 (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). En l'espèce, le Dr F. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de « trouble dépression ». Ce médecin n'a toutefois pas précisé de classification concernant cette atteinte. Il n'a pas non plus motivé son diagnostic, mais a en revanche adressé sa patiente au Centre K. \_\_\_\_\_. La Dresse R. \_\_\_\_\_ et la psychologue C. \_\_\_\_\_ ont retenu le 5 mai 2014 le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2, incapacitant depuis le 25 octobre 2013. Elles ont toutefois constaté au moment de la rédaction de leur rapport déjà une amélioration de l'état de santé de la recourante depuis son traitement au Centre, lequel pouvait encore réduire les restrictions qu'elle présentait à l'exercice de son activité habituelle. Une reprise de l'activité professionnelle pouvait être attendue et un soutien pour que la recourante puisse apprendre

un nouveau métier était préconisé. Concernant plus précisément les restrictions présentées par leur patiente, il a été relevé que cette dernière ressentait une grande fatigue, des maux de tête et des moments d'oubli complet sur ce qu'elle devait faire. Si l'on comprend que ses restrictions sont susceptibles de diminuer la capacité de travail d'un assuré, l'on ne voit en revanche pas en quoi cela motiverait un changement d'activité, plus particulièrement pourquoi elles empêcheraient la recourante d'exercer une activité dans le domaine de la restauration mais pas dans un autre domaine. La Dresse R. \_\_\_\_\_ et la psychologue C. \_\_\_\_\_ ne donnent aucune explication à ce sujet. Elles ont ensuite mentionné une perte d'intérêt pour une activité dans la restauration, un dégoût pour les personnes consommant de l'alcool et le fait la recourante ne supportait plus l'ambiance des bars. Ceci ne relève manifestement pas du domaine médical, ce qu'elles ne soutiennent du reste pas. Elles ont d'ailleurs rangé ces observations dans la catégorie des raisons non médicales ayant une influence sur la capacité de travail dans leur rapport du 26 juin 2014. L'on retient ainsi de ces deux rapports que les raisons médicales réduisant alors la capacité de travail de la recourante étaient en amélioration, la motivation de l'intéressée pour changer de profession ne relevant pas du domaine médical. L'on observe que dans leur rapport du 26 novembre 2014, la Dresse R. \_\_\_\_\_ et la psychologue C. \_\_\_\_\_ mentionnaient encore un épisode dépressif sévère. Elles n'ont cependant pas expliqué pourquoi leurs constatations n'allaient pas dans le sens de l'amélioration observée en mai 2014. De plus, les résultats des tests effectués les 5 et 12 novembre 2014 faisaient état d'un épisode dépressif moyen, ce qui entre en contradiction avec le diagnostic retenu, sans toutefois que cela soit motivé. Finalement, si elles ont reconnu l'influence de facteurs non médicaux dans l'incapacité de travail de la recourante, elles n'ont en revanche pas précisé pour quelle part ces facteurs contribuaient à l'incapacité de travail, ni de quelle manière et à quel degré des facteurs médicaux en étaient la cause. Incomplets et peu motivés, les rapports du Centre K. \_\_\_\_\_ ne suffisent pas à retenir l'existence d'une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité et le SMR doit être suivi dans ce sens. Le SMR peut également être suivi lorsqu'il observe que le diagnostic d'épisode dépressif sévère ne concorde pas avec les observations faites par A. \_\_\_\_\_. En effet, il en ressort que l'état psychique de la recourante s'était amélioré, et le centre était favorable à une reprise d'activité, ce qui motivait manifestement également la recourante, bien que dans d'autres domaines que celui de la restauration. A. \_\_\_\_\_ n'a pas fait état de restrictions que la recourante aurait présenté pour ce type d'activités. L'évolution favorable de l'état de santé psychique de la recourante, tout comme son désir de ne plus travailler dans son activité habituelle, non motivé par des facteurs médicaux objectivés, ressortent également des constatations faites par X. \_\_\_\_\_ Assurance à l'occasion des entretiens tenus à son domicile. Les faits rapportés vont dans le sens de la dépression réactionnelle retenue par le SMR. La recourante a du reste confirmé cette analyse en observant être sortie de sa dépression (cf. rapport d'A. \_\_\_\_\_ du 4 novembre 2014). Dans la mesure où les facteurs psychosociaux, tels que le manque de formation, des problèmes linguistiques, des conflits avec un supérieur hiérarchique, ou le fait de ne plus vouloir travailler dans un domaine, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité et ne peuvent servir de base à l'octroi de prestations (ATF 127 V 299 consid. 5a ; TF 9C\_428/2014 consid. 4.3 ; 9C\_697/2013 consid. 3.1 ; TFA I 355/04 consid. 5a), il est retenu que la recourante ne présente pas une atteinte à sa santé durable justifiant l'octroi d'une rente. Le SMR dont les conclusions emportent la conviction au degré de la vraisemblance prépondérante, peut être suivi. b) La recourante fait ensuite valoir des restrictions importantes liées à son asthme, atteinte qu'elle a mentionnée comme

incapacitante autant auprès de X. \_\_\_\_\_ Assurance que d'A. \_\_\_\_\_. L'on relève en premier lieu que le Dr F. \_\_\_\_\_ a estimé cette atteinte comme étant sans influence sur la capacité de travail dans son rapport du 10 juin 2014. Le seul autre rapport médical traitant en particulier de ce trouble produit par la recourante est celui du Dr W. \_\_\_\_\_ qui retient un asthme allergique. Ce médecin a constaté que les fonctions pulmonaires de sa patiente montraient un syndrome obstructif léger. Il a jugé nécessaire de modifier le traitement, mais n'a en revanche mentionné aucune incapacité de travail en lien avec cette atteinte, ni limitations fonctionnelles dans les activités de la recourante. Par ailleurs, la recourante souffre depuis son enfance de l'asthme, ce qui ne l'avait pas empêché de travailler. Une détérioration n'a pas été constatée, ni n'a été soulevée. Le SMR peut dès lors être suivi dans son analyse également sur ce plan. Concernant d'éventuelles autres atteintes physiques, si le Dr F. \_\_\_\_\_ a évoqué une « incapacité pour la marche » ainsi que certaines limitations comme les activités uniquement en position assise ou uniquement debout, s'accroupir, se mettre à genou ou porter des charges (cf. rapport du 10 juin 2014), il n'a toutefois pas retenu de diagnostics en lien avec ses limitations. Quant aux troubles de la thyroïde, ils ont été jugés comme sans influence sur la capacité de travail. 5. Partant, il sied de constater que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en rejetant, sur la base des conclusions convaincantes du SMR, 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. 6. 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs. Vu l'issue du recours, la recourante n'obtenant pas gain de cause et n'étant au demeurant pas représentée, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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