

VD_FINDINFO AI 448/07 - 95/2010 vom 10. März 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-03-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_448_07_-_95_2010

FR: VD_FINDINFO AI 448/07 - 95/2010 du 10 mars 2010

IT: VD_FINDINFO AI 448/07 - 95/2010 del 10 marzo 2010

Regeste

EXPERTISE, SUREXPERTISE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, AFFECTION PSYCHIQUE, MALADIE MENTALE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI} | 1 LAI, 28 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 69 al. 1bis LAI, 16 LPGA, 17 al. 1 LPGA, 58 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. g LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 2 RAI, 88a al. 2 RAI, 88bis RAI, 117 al. 1 LPA-VD, 2 LPA-VD, 49 al. 1 LPA-VD, 55 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 94 al. 1 let. a LPA-VD

Erwägungen

E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66■% au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins 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. Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - 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 (ATF 125 V 261, 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1). Le juge des assurances sociales 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. 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, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1). Cela étant, 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 (ATF 125 V 352, consid. 3b/aa, et les références). En outre, selon la Haute Cour, 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; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et 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). Il n'en va différemment que si ces 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_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3). c) En l'espèce, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, qui constitue l'examen à la fois le plus détaillé, le plus complet et le plus récent de la situation médicale de la recourante. Le rapport d'expertise du 12 octobre 2009 contient une anamnèse complète selon les éléments du dossier et selon l'expertisée, y compris les plaintes et données subjectives, tant sur le plan rhumatologique que sur le plan psychiatrique; il relate l'examen clinique rhumatologique, le status psychiatrique, l'examen du dossier radiographique et les examens complémentaires psychiatriques et psychologiques. Ce rapport se fonde ainsi sur des examens complets, prend dûment en considération les plaintes de la personne examinée et a été établi en pleine connaissance du dossier. Il contient une appréciation et une discussion du cas très détaillées

sur le plan rhumatologique et sur le plan psychiatrique, décrivant clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et les conclusions des experts - qui expliquent de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles ils se rallient ou s'écartent le cas échéant des conclusions des autres experts et spécialistes qui se sont précédemment exprimés sur les atteintes à la santé de la recourante et sur les répercussions de ces atteintes sur sa capacité de travail - sont bien motivées. L'expertise judiciaire remplit ainsi tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée, comme l'a admis l'OAI à la suite de l'analyse du rapport d'expertise effectuée par le Dr F. _____ du SMR (cf. lettre C.e supra), et il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions des experts judiciaires. d) La recourante elle-même ne paraît à juste titre plus soutenir, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise, qu'elle aurait présenté avant la date de la décision litigieuse un taux d'incapacité de travail global (sur le plan rhumatologique et psychiatrique) supérieur au taux d'incapacité de travail de 50% retenu par les experts judiciaires dès 2004 (cf. lettre C.d supra). Les médecins de la PMU, dans leur rapport d'expertise du 13 avril 2004 (cf. lettre A.c supra), retenaient d'ailleurs eux aussi déjà une capacité résiduelle de travail, dans une activité d'employée de bureau, de l'ordre de 50% (cf. lettre A.c supra), tout comme le Dr D. _____, médecin traitant, dans ses rapports médicaux du 25 juillet 1998 et du 20 novembre 1999 (cf. lettre A.a supra) et le Dr L. _____ dans son rapport médical du 29 juillet 2002 (cf. lettre A.b supra). Les seuls avis médicaux au dossier qui évaluaient l'incapacité de travail de la recourante à 100% dans toute activité émanent des médecins traitants de la recourante, soit des Dresses R. _____, psychiatre (rapports médicaux du 23 mai 2006 et du 21 mai 2007; cf. lettres B.b et B.f supra), et C. _____, rhumatologue (rapport médical du 12 avril 2006; cf. lettre B.b supra). Outre le fait que ces conclusions doivent être appréciées avec la réserve qu'impose le fait qu'elles émanent de médecins traitants qui sont liés à l'assurée par un mandat thérapeutique et ont ainsi tendance à se prononcer en faveur de leur patiente de par la nature même de ce mandat et de leur position de confidents privilégiés, elles sont nettement moins motivées - en particulier s'agissant de la répercussion des atteintes constatées sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée - et reposent sur une analyse nettement moins approfondie et convaincante que celles des experts judiciaires, auxquelles la cour de céans ne peut que se rallier. Il y a ainsi lieu de retenir, sur la base des conclusions parfaitement motivées des experts judiciaires, que la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations somatiques, telle celle d'employée de bureau, était de 50% au moment déterminant où la décision attaquée a été rendue. Il n'y a pas lieu d'examiner si, par le passé et en particulier avant 2004, cette capacité de travail a pu être supérieure à 50% (cf. l'avis SMR du Dr F. _____ du 9 novembre 2009, lettre C.e supra), puisqu'au regard de la décision attaquée, qui a prononcé la suppression de la demi-rente dès le 1^{er} décembre 2007, le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité jusqu'au 30 novembre 2007 est de toute façon acquis. e) Les bases de calcul du revenu sans invalidité ainsi que du revenu d'invalidité n'étant pas contestées (cf. consid. 2b supra), il y a lieu de constater que la recourante présentait toujours, au moment où la décision litigieuse a été rendue, un taux d'invalidité de 52% lui ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité. La question de savoir si la recourante a subi postérieurement à cette décision une aggravation de son état de santé dans le sens d'une incapacité totale de travail dans toute activité, qui entraînerait une révision du droit à la rente dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGa; art. 87 al. 2, 88a al. 2 et 88bis al. 1 RAI), devra faire l'objet d'une nouvelle

décision de l'OAI (cf. consid. 2b supra).

E. 7

a) En définitive, le recours doit être partiellement admis, comme l'OAI l'a lui-même proposé sur la base des résultats de l'expertise judiciaire (cf. lettre C.e supra), dans la mesure où la demi-rente d'invalidité octroyée à la recourante sur la base d'un degré d'invalidité de 52% doit être maintenue au-delà du 1^{er} décembre 2007. 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 de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Dès lors, seul un émolument judiciaire réduit, qu'il y a lieu d'arrêter à 250 fr., sera mis à la charge de la recourante, dans la mesure où celle-ci succombe partiellement (art. 49 al. 1 LPA-VD). c) Obtenant partiellement gain de cause, la recourante a droit de la part de l'OAI à des dépens réduits, qu'il convient d'arrêter équitablement à 750 fr. (art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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