

VD_FINDINFO AI 461/08 - 380/2010 vom 27. September 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_461_08_-_380_2010

FR: VD_FINDINFO AI 461/08 - 380/2010 du 27 septembre 2010

IT: VD_FINDINFO AI 461/08 - 380/2010 del 27 settembre 2010

Regeste

RÉVISION DE LA RENTE, AFFECTION PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX | 28 LAI, 4 LAI, 17 LPGA

Erwägungen

E. 4

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 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). b) 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 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. 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 médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

E. 5

a) Il convient en l'espèce de déterminer si les conditions d'une révision sont remplies. L'intimé a fondé la décision initiale d'allocation de rente du 24 mars 2004 sur les rapports médicaux dont il avait connaissance. Cette décision faisait en réalité suite à une communication du 15 octobre 2003 avec en annexe une motivation écrite relative à l'octroi de la rente. Ladite communication précisait qu'une révision de la rente était prévue pour le 1^{er} janvier 2004. Jusqu'en 1999, C. _____ semble avoir été en bonne santé, avant de rencontrer une succession de problèmes médicaux. Elle a ainsi subi une appendicectomie, une cure de hernie hiatale, trois interventions chirurgicales consécutives au coude droit (épitrochléite, neurolyse in situ du nerf cubital, puis épicondylite), trois interventions au niveau du pied gauche et enfin une spondylodèse en avril 2003. Le Dr J. _____ a indiqué, dans l'annexe à son rapport médical du 2 février 2001, qu'une amélioration dans les 3 à 4 mois était souhaitée permettant une récupération entière de la capacité de travail. Dans son rapport médical du 2 septembre 2003, le Dr Q. _____ a précisé que l'état de santé de l'assurée n'était pas encore stabilisé après l'intervention chirurgicale de spondylodèse L5-S1 pratiquée le 8 avril 2003. En effet, ce praticien a exposé qu'une reprise partielle du travail devait être possible dès octobre 2003 et qu'une capacité de travail complète pouvait être envisagée à long terme. Au dossier figure également une note de l'OAI du 15 octobre 2003 faisant suite à un entretien avec l'assurée qui a précisé qu'à cette date, elle était toujours en incapacité de travail. Il ressort d'un récapitulatif des incapacités de travail du 30 juin 2004 établi par le Dr J. _____ que l'assurée a, dès le 22 octobre 2003, retrouvé une capacité de travail à 50 %, dès le 12 janvier 2004 à 75 % (avec arrêts de travail les 26 et 27 janvier 2004, ainsi que les 28 et 29 février 2004), dès le 1^{er} mars 2004 à 50 % (avec un arrêt de travail du 7 au 13 mars 2005), puis dès le 25 avril 2005 à 40 % pour une durée indéterminée en raison d'une diminution de rendement de 60 % (annexe au rapport médical du 5 mai 2005). b) En l'occurrence, en l'absence d'éléments d'ordre psychique, il s'avère que seules les affections physiques ont motivé l'attribution des prestations en cause et nécessitaient un réexamen au moment de la suppression de la rente. Il ressort en effet d'une fiche d'examen du dossier établie le 15 octobre 2003 que l'OAI s'est fondé sur les atteintes somatiques ayant entraîné des incapacités de travail y relatives afin de pouvoir calculer l'invalidité moyenne. Pour statuer sur la révision du droit à la rente, l'OAI s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire du SMR. Ainsi, les Drs H. _____ et I. _____ ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches chroniques persistantes, de status après spondylodèse L5-S1 pour une anomalie transitionnelle lombo-sacrée en 2003 — AMO en 2004 ou 2005 et de troubles statiques rachidiens étagés, diagnostic qui est superposable à celui retenu par le Dr J. _____ (rapports médicaux des 9 mai 2005 et 23 janvier 2007). Ils ont cependant considéré que les diagnostics de fibromyalgie, de status après cure chirurgicale de hallux valgus gauche en 2000 et 2001 et d'excès pondéral n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Sur le plan somatique, le Dr H. _____ a relevé que dans une vision biomécanique limitative à la situation, en faisant abstraction de la fibromyalgie, les atteintes à la santé présentées par C. _____

imposaient la reconnaissance d'un certain nombre de limitations fonctionnelles, mais qui étaient clairement compatibles avec une activité à plein temps d'employée de bureau. Il a ajouté que l'intervention au niveau du rachis lombaire avait entraîné un temps prolongé d'incapacité de travail incontestable, même si son indication était discutable. Cet état de fait constitue à n'en pas douter une modification par rapport à la situation qui prévalait lors de la communication d'octroi de la rente en octobre 2003; à l'époque, l'intéressée avait subi une longue incapacité de travail en raison de ses troubles dorsaux, à laquelle était venue s'ajouter une période de convalescence de plusieurs mois à la suite d'une spondylodèse L5-S1 pratiquée en avril 2003. c) Sur le plan somatique, tant l'atteinte au rachis lombaire que les autres atteintes à la santé sont désormais stables, notamment parce qu'elles n'ont pas empêché l'intéressée de reprendre dès le 22 octobre 2003 une activité à temps partiel, en qualité d'employée de bureau auprès de la scierie K._____. On doit donc admettre que l'état de santé de l'assurée s'est notablement amélioré depuis la communication du 15 octobre 2003, date à laquelle l'assurée a indiqué à l'intimé qu'elle était toujours en incapacité totale de travail. Par la suite, l'intimé a calculé les divers montants de la rente à verser à l'intéressée qui ont été confirmés par décision du 24 mars 2004. Le fait que l'amélioration de son état de santé existât déjà bien avant que l'intimé ait rendu sa décision de suppression de la rente ne fait en aucun cas obstacle à une procédure de révision. Est en effet seul décisif à cet égard le fait qu'est intervenu un changement des circonstances entre la décision initiale d'octroi de la rente et celle qui modifie ce droit, ce qui est manifestement le cas en l'espèce. C'est d'ailleurs à l'avantage de la recourante que l'intimé ait attendu le mois de janvier 2005 pour procéder à une révision des prestations allouées, alors que les conditions mises à une telle révision étaient déjà réunies bien plus tôt. Sur ce point, on peut s'étonner que la recourante n'ait pas informé l'intimé, à réception de sa décision du 24 mars 2004 lui octroyant notamment une rente complète dès le 1^{er} décembre 2002, qu'elle avait repris une activité à temps partiel dès le 22 octobre 2003 à un taux de 50 %, voire 75 %, puis finalement à 40 % dès le 25 avril 2005.

E. 6

Contrairement à l'opinion de la recourante, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, voire de fibromyalgie, n'a été posé pour la première fois qu'en novembre 2004 par la Dresse P._____ (rapport médical du 30 novembre 2004), soit postérieurement à la décision initiale. En effet, le Dr J._____, médecin traitant de l'assurée, avait fait hospitaliser sa patiente en raison de plaintes gastriques et lombosciatalgies vraisemblablement d'origine somatoforme. Ce praticien avait ainsi constaté une recrudescence des plaintes somatiques de sa patiente et l'émergence de sentiments dépressifs. Au vu de ces éléments, il y a dès lors lieu d'examiner si le diagnostic de fibromyalgie permet de justifier le maintien du droit à la rente, ledit diagnostic ne pouvant toutefois se voir reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant qu'aux conditions posées par la jurisprudence. a) Dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 cons.4.2.1; TF I 216/06 du 28 février 2007 consid. 3.2 et I 176/06 du 26 février 2006 consid. 4). Ainsi, dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté

raisonnablement exigible; cette présomption doit être étendue au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 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 desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4 e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006). c) En l'espèce, le critère d'une comorbidité ne saurait être retenu. Le Dr I. _____ a ainsi constaté que l'assurée ne présentait aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la mémoire, du cours de la pensée (perte des associations) ou du contenu (idées délirantes). Ce praticien a également conclu à l'absence d'attitude d'écoute, d'hallucinations auditives, d'idées noires ou suicidaires. Le Dr I. _____ a en outre pris position par rapport à l'évaluation faite par le Dr X. _____ en date du 9 février 2006 (rapport établi postérieurement à la décision initiale d'octroi de la rente), lequel avait conclu à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant et de possible deuil compliqué, diagnostics basés en réalité sur des hypothèses. L'une des hypothèses retenues par le Dr X. _____ est celle d'une structure de personnalité de type psychotique et d'un retard mental léger, sans avoir cependant effectué des tests de personnalité ou de QI, ni s'être référé aux critères de la CIM 10 pour définir le trouble somatoforme douloureux (pas

de sentiment de détresse mise en évidence dans le status psychique, p. 2), soit un trouble de la personnalité. Le Dr X. _____ a ainsi utilisé l'échelle de dépression MADRS, validée uniquement pour les essais psychopharmacologiques. On ne saurait également assimiler l'état anxio-dépressif réactionnel probable attesté par le Dr M. _____ (rapport médical du 5 décembre 2004) ou le « trouble de la personnalité dépendante » retenu par la Dresse P. _____ (rapport médical du 10 janvier 2005) à une véritable atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie (TFA I 624/04 du 13 juillet 2005, consid. 5.1). Même si l'assurée souffrait de ce dernier trouble depuis son l'enfance, il ne l'a pourtant pas empêchée d'exercer une activité lucrative tout d'abord en qualité d'apprentie, puis d'employée de bureau dès l'âge de 18 ans. En l'absence de comorbidité d'une acuité et d'une durée importantes, il y a lieu d'admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de s'intégrer dans un processus de travail est exigible de la part de l'assurée, qui, au demeurant, a repris une activité à temps partiel depuis octobre 2003. S'agissant des autres critères consacrés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, ils ne sont pas non plus remplis. On rappellera à ce propos qu'ils sont un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification, mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret (TFA I 225/04 du 6 mars 2006 consid. 4.1). Ces critères servent à apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux et d'une fibromyalgie (voire de tout autre état douloureux semblable dont l'étiologie est incertaine, cf. ATF 132 V 393 consid. 3.2 p. 398 s., TF 9C_588/2007 du 12 juin 2008 consid. 3.2 et Ulrich Meyer, La récente jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances [notamment en matière de prestations d'invalidité], in: Nouveautés en matière de prévoyance professionnelle, Colloque de l'IRAL 2006, Berne 2007, p. 113 note 4). L'expert n'a ainsi pas relevé chez la recourante la présence des autres critères déterminants, à savoir un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état de santé psychique cristallisé et l'échec aux traitements. Au contraire, la recourante mène une vie sociale relativement normale : outre le fait que l'assurée travaille à 40 %, l'expert a relevé qu'elle voit des amis une fois par mois, sa famille au moins une fois par semaine. Les époux C. _____ ont en outre des activités sociales ensemble, le mari de l'assurée faisant partie d'une fanfare à laquelle la famille participe fréquemment. Par ailleurs, l'assurée assume la majorité de ses tâches ménagères et l'éducation de son enfant, né en 2007, tout en exerçant parallèlement une activité à temps partiel. Le rapport du SMR expose clairement les motifs pour lesquels d'une part aucun trouble sur le plan psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail ne peut être retenu et d'autre part les autres critères dégagés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux ne sont pas remplis.

E. 7

Au vu de l'ensemble des pièces médicales, on doit reconnaître à l'expertise rhumatologique et psychiatrique du SMR pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références). Il n'y a donc pas lieu d'écarter le rapport du SMR pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. On ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité des Drs H. _____ et I. _____. Le rapport des médecins précités se fonde notamment sur le dossier AI, le dossier radiologique de l'intéressée, un examen rhumatologique et

psychiatrique et finalement une appréciation consensuelle du cas. L'anamnèse de la recourante est décrite de façon circonstanciée : familiale, professionnelle, par système, psychosociale et psychiatrique. Les Drs H._____ et I._____ ont pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée, y compris s'agissant des troubles douloureux. Dans ces conditions, force est de constater que la Cour de céans n'a pas de raison suffisante de s'écarter des conclusions des experts, si bien que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise s'avère superflue.

E. 8

a) Il y a dès lors lieu de retenir que le trouble somatoforme douloureux et ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part de la recourante. Aussi convient-il de nier une incapacité de travail résultant de ce seul diagnostic et de considérer que l'assurée est encore capable de travailler en qualité d'employée de bureau à temps complet, activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par les experts. Dès lors, au moment déterminant, soit lors de la décision du 28 juillet 2007, les conditions étaient réunies pour que le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité soit supprimé. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. 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 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 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.