

VD_FINDINFO AI 50/10 - 184/2012 vom 1. Juni 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-06-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_50_10_-_184_2012

FR: VD_FINDINFO AI 50/10 - 184/2012 du 1 juin 2012

IT: VD_FINDINFO AI 50/10 - 184/2012 del 1 giugno 2012

Regeste

RECONVERSION PROFESSIONNELLE, RENTE D'INVALIDITÉ, AFFECTION PSYCHIQUE | 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Formé en temps utile et dans le respect des réquisits de forme prévus par la loi (art. 61 let. b LPGA), le présent recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

En l'espèce, le droit à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation est litigieux, ces prestations étant refusées au motif de l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

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 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% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les

assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient réunies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). En outre, le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2; TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). 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). 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. 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Cela étant, 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; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En outre, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins 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. 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 (ATF 124 I 170 consid. 4; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; voir aussi TF 9C_593/2010 du 28 mars 2011 consid. 5.2.1). c) 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 citées; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). d) Selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

E. 4

a) Dans le cas présent, sur le plan somatique, l'assurée souffre notamment de douleurs dans les membres supérieurs, avec des troubles sensitivo-moteurs, attestés en particulier par ses médecins traitants, les Drs T._____ et V._____. Dans son rapport du 27 octobre 2009, le Dr C._____, neurologue, n'a retenu, sur le plan strictement neurologique, aucune affection ayant une répercussion sur la capacité de travail. Ce spécialiste a procédé à un examen clinique des membres et à un bilan électrophysiologique par ENMG (électroneuromyographie), qui ne mettaient en évidence aucune affection neurologique significative, les déficits moteurs constatés n'ayant pas le caractère d'un déficit somatique. Il a retenu l'absence d'affection documentable sur le plan neurologique, de sorte que les troubles sensitivo-moteurs étaient selon lui uniquement subjectifs. On ne voit pas de raisons de s'écarter de l'avis de ce spécialiste, dont les explications sont motivées et convaincantes, ses constatations rejoignant au demeurant celles du Dr K._____. On s'écartera donc de l'avis contraire des Drs T._____ et V._____, qui n'évoquent pas d'autres constatations objectives et dont l'opinion, en tant que médecins traitants, doit être appréciée avec les réserves d'usage s'agissant de la capacité de travail résiduelle de leur patiente. La recourante expose que des problèmes de mutation génétique – en lien avec l'hypovitaminose B12 chronique – et des troubles polyarthrosiques n'ont pas été suffisamment investigués. A ce sujet, dans leur avis médical du 21 juin 2011, dont il n'y a pas lieu de s'écarter dès lors qu'il s'avère objectif et systématique, les Drs L._____ et

G._____, du SMR, ont relevé que, s'agissant de l'hypovitaminose B12 chronique, le Dr C._____ avait démontré l'absence de limitations fonctionnelles, et que l'assurée ne présentait pas d'atteinte arthrosique au vu des rapports médicaux versés au dossier. En outre, suite à l'audience publique du 27 septembre 2011, tenue à sa demande, l'assurée n'a pas produit de nouveau document médical alors même qu'elle avait requis et obtenu un délai pour consulter un médecin, ayant du reste relevé que les derniers examens entrepris n'avaient pas permis de révéler de nouveaux éléments. Il y a donc lieu de retenir, sans que des mesures d'instruction complémentaires se justifient, que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail sur le plan somatique. b) Sur le plan psychique, compte tenu des avis médicaux divergents versés au dossier, l'assurée a fait l'objet d'une expertise judiciaire, confiée au Dr E._____. Dans son rapport du 15 avril 2011, ce spécialiste en psychiatrie a posé les diagnostics de trouble de la personnalité de type émotionnellement labile, type borderline, de trouble douloureux somatoforme persistant et de trouble dissociatif mixte. Il a retenu – en l'occurrence à juste titre, comme exposé ci-dessus – que les plaintes de l'assurée sur le plan physique n'avaient pas de substrat organique. Lors de son examen clinique, il n'a pas constaté de troubles de la lignée psychotique, mais des difficultés majeures d'intégration dans le monde du travail en raison d'un trouble de la personnalité, cela chez une assurée dont le cas était décrit comme complexe et difficile à cerner, même si celle-ci se disait en bonne santé psychologique. Si les troubles psychiques n'étaient pas qualifiés de majeurs, le pronostic n'apparaissait pas favorable, en particulier compte tenu du risque d'un épuisement progressif des ressources. Le Dr E._____ a estimé ainsi que la capacité de travail était limitée à 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir les facteurs de stress au travail, en particulier la contrainte des délais ainsi que les relations interpersonnelles. A cet égard, si le travail tenant au domaine de la formation initiale dans l'édition n'était plus envisageable, l'activité actuelle de contrôle exercée chez [...] était qualifiée d'adaptée. Se fondant sur les consultations des Drs O._____ et H._____, l'expert a retenu une incapacité de travail totale dès le 12 février 2007 jusqu'à fin 2008, compte tenu d'une décompensation sur les modes anxieux et dépressif. Une amélioration progressive médicalement constatée l'a conduit à fixer la capacité de travail à 50% depuis le 1^{er} janvier 2009, puis à 70% dès le 1^{er} juillet 2009. Enfin, des mesures de réadaptation étaient envisageables, avec le concours de l'assurée, et le traitement actuel paraissait adéquat, un soutien psychiatrique devant être poursuivi. Cette expertise est fine dans son approche de la problématique de l'assurée et claire quant à ses conclusions. En particulier, l'expert se base sur les constatations des Drs O._____ et H._____ ainsi que sur ses propres constatations cliniques, en l'occurrence énoncées de façon méticuleuse. L'évaluation de la capacité de travail de l'assurée est opérée de manière méthodique et les avis médicaux sont discutés. Ainsi, contrairement à ce que retiennent les médecins du SMR dans leur avis médical du 29 avril 2011, l'expert a expliqué pourquoi il s'écartait des conclusions de son confrère psychiatre, le Dr B._____. Enfin, les avis contraires des Drs L._____ et G._____ du SMR, qui ne sont pas psychiatres, s'avèrent superficiels et dès lors moins convaincants. On ne voit donc pas de raisons de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, pleinement probante. c) Avec l'expert judiciaire, on retiendra donc que la recourante présente une atteinte à la santé sur le plan psychique ayant des répercussions sur la capacité de travail à compter du 12 février 2007. La décision attaquée reposant sur le constat d'absence d'atteinte à la santé invalidante, elle s'avère mal fondée et doit être annulée en conséquence. Les éléments utiles à l'appréciation et au calcul du degré d'invalidité n'ayant pas été posés ni discutés par l'intimé, le dossier lui

sera renvoyé, afin qu'il complète l'instruction et rende une nouvelle décision, qui soit conforme aux conclusions de l'expertise judiciaire quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée dans le temps.

E. 5

Partant, le recours est admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision. 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 (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci sont supportés par l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. à la charge de l'OAI débouté.

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