

VD_FINDINFO AI 575/09 - 292/2011 vom 15. Juni 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_575_09_-_292_2011

FR: VD_FINDINFO AI 575/09 - 292/2011 du 15 juin 2011

IT: VD_FINDINFO AI 575/09 - 292/2011 del 15 giugno 2011

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, RENTE D'INVALIDITÉ, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, DÉLAI DE CARENCE D'UNE ANNÉE, OBJET DU RECOURS, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 18 al. 1 LPA-VD

Erwägungen

E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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. 16 LPGA, 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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; 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. 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 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 256 c. 4; 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I

562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1). 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 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 c. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport 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 une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). Par ailleurs, selon la jurisprudence, 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 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2).

E. 4

Dans son recours, la recourante se limite pour l'essentiel à soutenir que les conditions posées par la jurisprudence pour admettre l'existence d'un trouble somatoforme persistant ayant valeur invalidante sont réunies dans son cas. Il n'en demeure pas moins qu'elle produit des pièces attestant d'atteintes à la santé sur le plan somatique. Il convient dès lors d'examiner ces deux aspects. a) Sur le plan psychiatrique, la recourante affirme en substance présenter un trouble somatoforme douloureux persistant, lequel influerait de manière négative sur sa capacité de travail résiduelle. Elle ne produit toutefois aucun rapport médical susceptible d'étayer ses allégations. Dans sa demande de prestations AI du 14 août 2007, l'assurée ne mentionne par ailleurs aucune atteinte psychique. Le rapport de la Dresse C. _____ et du Dr V. _____ du 3 septembre 2007 ne retient pas l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. En revanche, un état dépressif avec épisode sévère en septembre 2005 ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique sont retenus. Ce rapport indique que la patiente présente une péjoration de son état dépressif avec idées suicidaires en septembre 2005, ce qui a conduit à un suivi régulier par une psychologue de

l'Association E._____. Pour autant, un traitement psychiatrique n'est nullement préconisé et la recourante a pu travailler dès le 20 février 2006, malgré un état dépressif qualifié de récurrent par ces mêmes praticiens. Le status psychiatrique découlant de ce rapport est cependant très sommaire. De son côté, le rapport d'examen du SMR du 29 janvier 2009 souligne que l'assurée bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire régulière auprès d'une psychologue de l'Association E._____, l'assurée ne décrivant aucune aggravation ni les raisons de cette prise en charge, qu'elle a cessé 4 ou 5 mois auparavant. Ce rapport réfute de manière convaincante les diagnostics d'état de stress post-traumatique, d'état dépressif grave et de syndrome douloureux somatoforme persistant. C'est ainsi que l'examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques, ni de perturbation de l'environnement psycho-social, lequel est demeuré inchangé. Aucun trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ne sont objectivés. L'assurée ne présente pas d'adynamie, d'anhédonie, de repli sur soi avec retrait social, de perte de l'élan vital, de sentiment de culpabilité, de persécution ou de dévalorisation. Elle ne verbalise pas d'idée suicidaire et n'a jamais fait de tentative de suicide. Elle ne présente pas d'angoisse persistante ni d'attaque de panique. Elle ne présente pas non plus de phobie sociale. La symptomatologie anxiodépressive est en rémission complète. Tout en retenant l'existence de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, les auteurs du rapport considèrent que ce diagnostic ne représente pas une maladie psychiatrique chronique à caractère incapacitant. Ils concluent dès lors de leur examen que l'assurée ne souffre d'aucune pathologie chronique sur le plan psychiatrique à caractère incapacitant de longue durée, de sorte que la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité. Il suit de là que l'argumentation de la recourante relative aux critères permettant de constater une incapacité de travail lorsque le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est posé ne peut être suivi puisque le rapport du SMR nie de manière convaincante l'existence d'une telle atteinte.

b) Si la recourante n'allègue pas d'atteinte à la santé physique dans son recours, elle produit néanmoins des pièces qui établissent l'existence d'atteintes à la santé de nature somatique, lesquelles résultent par ailleurs des rapports médicaux recueillis par l'office intimé. Dans leur rapport du 3 septembre 2007 adressé à l'OAI, les Drs V._____ et C._____ ont notamment posé les diagnostics de lombosciatalgies récurrentes gauches avec status post hernie discale L3-L4, cervico-céphalalgies post-traumatiques, scapulalgies et brachialgies droites. Ils considèrent que l'état de santé de l'assurée s'aggrave et que sa capacité de travail est nulle dans toute activité. Ils ne s'expliquent pourtant pas la persistance de la symptomatologie douloureuse déclenchée par l'accident dont l'assurée a été victime en septembre 2002, mais concèdent qu'il est probable que le contexte psychologique de la patiente ait influencé de manière défavorable cette symptomatologie douloureuse. Les diagnostics affectant la capacité de travail de la recourante retenus par les médecins du SMR sont superposables à ceux posés par les Drs V._____ et C._____. Le rapport du SMR mentionne que l'assurée se plaint essentiellement de lombosciatalgies gauches, de douleurs cervicales s'accompagnant de douleurs à l'épaule droite et de douleurs du bras droit irradiant jusqu'au coude. De discrets troubles statiques du rachis sont notés et la mobilité, tant lombaire que cervicale, est diminuée. La mobilité active de l'épaule droite est discrètement limitée. Il n'y a cependant pas de signe pour une arthropathie inflammatoire

périphérique; le status neurologique est sans problèmes et le nombre de points typiques (6 sur 18) de la fibromyalgie ne permet pas de retenir ce diagnostic. Les radiographies des épaules sont normales même si les examens radiologiques mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale C3-C4 qui ne s'accompagnent toutefois pas de conflit disco-radicaire. Au regard des examens effectués, les médecins du SMR retiennent des limitations fonctionnelles qui ne sont pas compatibles avec l'exercice d'une activité de nettoyeuse. En revanche, le respect strict des limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire autorise une capacité de travail complète dans une activité adaptée. c) La recourante a produit des pièces médicales dont certaines ont déjà été dûment prises en considération par le SMR. Elles ne sauraient donc en infirmer les conclusions. Quant au rapport d'IRM cervicale du 17 septembre 2010, au demeurant postérieur à la décision entreprise, il conclut à un bombement discal C4-C5, sans conflit disco-radicaire, bombement discal qui était au niveau supérieur, en C3-C4 à l'IRM du 29 mars 2007, sans conflit disco-radicaire. Il n'y a ainsi pas d'élément médical qui n'aurait pas été pris en compte, d'autant que les médecins du SMR avaient diagnostiqué des troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec hernie discale en C3-C4. La recourante a également produit des pièces médicales concernant les conséquences d'un accident survenu durant le courant du mois de juillet 2009 (rapports d'examens orthopédiques établis au Kosovo et IRM du genou droit du 30 septembre 2009). Or, comme on le verra ci-après (cf. consid. 6 infra), les suites de cet accident sont sans influence sur le droit à la rente pour la période entrant en considération. d) Au terme d'une appréciation de la situation médicale, la cour de céans fait siennes les conclusions de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique, consignées dans le rapport du 29 janvier 2009 des médecins du SMR. Fruit d'une analyse consciencieuse des pièces médicales au dossier, ce rapport procède à des examens complets et motive de manière convaincante les conclusions auxquelles parviennent ses auteurs. Dépourvu de contradictions et se fondant sur une description claire de la situation médicale, il revêt une entière valeur probante au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. consid. 3b supra). Il y a ainsi lieu de retenir que la recourante a présenté une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles jusqu'au mois de juillet 2009. Ces limitations sont les suivantes: "rachis: nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas d'attitude prolongée de la tête en flexion ou en extension. Membre supérieur D: pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule D à plus de 60°. Pas de lever de charges avec le membre supérieur D de plus de 8 kg."

E. 5

Sur le plan économique, la recourante se borne à alléguer que la comparaison des revenus hypothétiques déterminants à la date de l'ouverture du droit éventuel à une rente conduit à un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente entière. Elle n'expose pourtant pas en quoi le calcul opéré par l'OAI dans la décision dont est recours serait erroné. Vérifié d'office, le calcul effectué par l'OAI n'est infirmé par aucune pièce, de sorte qu'il doit être confirmé. Le taux d'abattement de 15% n'apparaît au surplus pas critiquable. Il s'ensuit que le taux d'invalidité de la recourante doit être fixé à 15%. Un tel taux, inférieur à 40%, n'ouvre pas le droit à une rente (art. 28 al. 2 LAI).

E. 6

a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit un délai de carence d'une année. Ce délai n'est pas rempli lorsque l'assuré dispose, en moyenne, d'une capacité de travail résiduelle supérieure à 40% dans une activité adaptée raisonnablement exigible (cf. art. 6, 2^{ème} phrase, LPGA), du moins lorsqu'on peut déduire de cette capacité de travail une capacité résiduelle de gain excluant un taux d'invalidité égal ou supérieur à 40%. b) En l'espèce, plusieurs rapports médicaux produits par la recourante attestent d'une lésion ligamentaire à la suite d'un accident subi au mois de juillet 2009. Quelle que soit l'incapacité de travail résultant de cette lésion, l'incapacité de travail moyenne subie par l'assurée jusqu'à la date de la décision litigieuse du 9 novembre 2009 est restée inférieure à 40%. Partant, elle ne modifie pas le droit à la rente pour la période entrant en considération dans la présente procédure (cf. supra consid. 2b in fine). Il appartiendra toutefois à l'office intimé de reprendre l'examen du droit pour la période postérieure, les pièces produites et communiquées dans la présente procédure pouvant être considérées comme une nouvelle demande (art. 87 al. 4 RAI).

E. 7

En définitive, faute d'élément médical et économique permettant de remettre en cause l'appréciation de l'OAI, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée.

E. 8

a) 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. 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). b) Selon l'art. 18 al. 1 LPA-VD, l'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure: – dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille; – dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés. c) La recourante a déposé une demande d'assistance judiciaire. Elle s'est néanmoins acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée. Elle n'était par ailleurs pas assistée d'un avocat. On peut donc se demander si la demande d'assistance judiciaire n'est pas sans objet. Quoi qu'il en soit, les conditions posées à l'octroi de l'assistance judiciaire ne sont pas réunies, tant sous l'angle financier - au regard du paiement effectué par la recourante – que des chances de succès du recours, compte tenu, en particulier, de la motivation présentée à l'appui du recours. Il s'ensuit que les frais seront mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

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