

## **VD\_FINDINFO AI 83/09 - 175/2010 vom 10. Mai 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-05-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_83\\_09\\_-\\_175\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_83_09_-_175_2010)

FR: VD\_FINDINFO AI 83/09 - 175/2010 du 10 mai 2010

IT: VD\_FINDINFO AI 83/09 - 175/2010 del 10 maggio 2010

### **Regeste**

EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, CONSTATATION DES FAITS, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, DÉCISION DE RENVOI | 1 LAI, 28 LAI, 43 LPGA, 44 LPGA, 6 LPGA, 61 let. g LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

Quel est le degré de l'incapacité de travail dans l'ancienne profession de femme de chambre (licenciement au 31.12.2006) ? Quels sont vos pronostics pour une reprise du travail totale dans cette profession ? Le degré de l'incapacité de travail dans l'ancienne profession de femme de chambre est total. Le pronostic pour une reprise du travail totale dans cette profession est clairement défavorable.

#### **E. 7**

Du point de vue médical, quelles autres activités professionnelles seraient le plus adaptées en l'espèce ? En l'état, il est prématuré pour se prononcer avec certitude sur la possibilité de regain d'une capacité de travail de l'expertisée. En effet, la priorité est aux soins et il est impossible de prédire l'évolution de son état de santé psychique. Il est nécessaire d'évaluer l'état de l'assurée 2 à 3 mois après l'application du traitement prescrit ci-dessus. Il est possible qu'une capacité de travail de l'ordre de 50% soit exigible dans une activité adaptée.

#### **E. 8**

Quelles caractéristiques une telle activité adaptée doit-elle avoir ? Il est probable qu'une réadaptation par l'AI passant par une phase d'évaluation dans un centre ou un stage professionnel soit nécessaire. Une activité manuelle (ouvrière) serait en théorie possible.

#### **E. 9**

Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assurée qu'elle exerce une telle activité professionnelle (taux/temps) ? Actuellement, l'incapacité de travail de l'expertisée est totale dans toute activité. Dans cette situation, la priorité absolue va aux soins. En référence aux mesures médicales précitées, une réévaluation de la situation dans quelques mois est indiquée. C. L'OAI a consulté le SMR (Service médical régional Suisse romande). Dans un avis médical du 15 mai 2008 signé par les Drs O.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, le SMR a indiqué qu'il fallait organiser un examen psychiatrique par un de ses médecins (avec un interprète parlant l'albanais), vu les conclusions de l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ et "en raison d'un doute quant au caractère durable et invalidant de l'affection diagnostiquée et pour actualiser les données de cette expertise qui date d'une année". Le Dr E.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, du SMR, a procédé à un examen clinique psychiatrique le 2 juin 2008. Son rapport d'examen, du 4 juillet 2008, comporte les passages suivants : "(...) diagnostics -

avec répercussion sur la capacité de travail : · aucun sur le plan psychiatrique - sans répercussion sur la capacité de travail : · autres troubles psychotiques non organiques (F 28) · syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). appréciation du cas L'anamnèse psychiatrique ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensé avant juillet-août 2007 (d'après l'assurée). A l'époque, elle est adressée chez un psychiatre par son médecin traitant à cause de difficultés de sommeil. Le diagnostic d'épisode dépressif a été retenu et un traitement de (..) a été introduit. Le 29.05.2007, le Dr P.\_\_\_\_\_ va faire une expertise psychiatrique pour l'F.\_\_\_\_\_ Assurances, dans le contexte de l'assurance perte de gain. Le Dr P.\_\_\_\_\_ va retenir un trouble dépressif d'intensité moyenne avec caractéristiques psychotiques et un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale (...). Une incapacité de travail de 100% va être retenue et une modification du traitement psycho-pharmacologique proposée. En ce qui concerne la dite expertise, l'examinateur partage les conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_ en ce qui concerne l'épisode dépressif mais il est difficile de lier la symptomatologie psychotique au dit épisode, vu les caractéristiques décrites par l'assurée elle-même de phénomènes hallucinatoires et persécutoires. Les voix ne sont pas congruentes à l'humeur. Par rapport à l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, l'intensité de la symptomatologie psychotique semble avoir diminué, elle se limite à des épisodes que l'assurée situe très clairement dans le temps : début durant l'été 2007, 2 ème épisode en décembre 2007, 3 ème épisode en avril 2008. Pour ce motif, le diagnostic de "Autres troubles psychotiques non organiques" (code CIM F 28) est retenu. L'examen psychiatrique au SMR ne constate pas une symptomatologie anxieuse ou dépressive. Des idées de référence et d'hallucinations auditives occasionnelles sont décrites par l'assurée. Les critères correspondant à un trouble de la personnalité compensé ou décompensé ne sont pas constatés. En conclusion, l'assurée a présenté un épisode dépressif actuellement en rémission, a toujours des plaintes douloureuses et un sentiment de détresse lié à la douleur, et une symptomatologie psychotique dont la fréquence et l'intensité a diminué par rapport à l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ et qu'il est difficile pour l'examinateur de l'inclure dans l'épisode dépressif ou dans un trouble psychotique autre, comme la schizophrénie, un trouble schizotypique ou un trouble délirant. En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité n'est pas constatée. D'après l'assurée, une perte d'intégration social (sic) ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères de la jurisprudence ne sont pas observés. Les limitations fonctionnelles : sur le plan psychiatrique, aucune. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Sur le plan psychiatrique, depuis juin 2007. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Sur le plan psychiatrique, l'évolution est favorable, une amélioration est déjà constatée au mois de mai en ce qui concerne l'épisode dépressif et les troubles psychotiques présentent une amélioration à partir du mois de décembre 2007. Par contre, une persistance de plaintes douloureuses est toujours constatée. Concernant la capacité de travail exigible, sur le plan psychiatrique, elle est de 100%. capacité de travail exigible dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée : 100% depuis : janvier 2008 (...)" Le rapport médical final du SMR, du 22 juillet 2008 (rapport du Dr O.\_\_\_\_\_), qui se réfère aux expertises D.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ainsi qu'à l'examen psychiatrique SMR précité, retient une incapacité de travail à 100 % du 29 mai 2006 au 31 décembre 2007, et une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée (activité légère, sans efforts répétés du rachis en porte-à-faux, poids limité à 15 kg); la capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de chambre est estimée à 80 %, sur

la base de l'expertise rhumatologique. Le début de l'aptitude à la réadaptation a été fixé au mois de janvier 2008. D. Le 26 août 2008, l'OAI a envoyé à B. \_\_\_\_\_ un préavis (projet d'acceptation de rente) dans le sens de la reconnaissance du droit à une rente d'invalidité entière à partir du 1<sup>er</sup> mai 2007 jusqu'au 31 mars 2008, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. L'OAI a comparé le revenu sans invalidité (en 2008 : 43'018 fr.) avec le revenu annuel d'invalidité calculé en fonction des statistiques (46'925 fr., après abattement de 10 %); aucune invalidité au sens du droit fédéral n'était donc retenue. Le 12 janvier 2009, l'OAI a rendu une décision formelle dans le sens de son préavis, avec une motivation identique. E. B. \_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Christophe Maillard, avocat à Lausanne, a recouru le 12 février 2009 contre la décision précitée. Elle demande à être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2007, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour qu'il fixe le montant de la rente; à titre subsidiaire, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il procède à une nouvelle expertise psychiatrique. Elle fait valoir en substance que son état de santé ne s'est pas amélioré depuis le dépôt du rapport de l'expert Dr P. \_\_\_\_\_, et qu'elle est régulièrement suivie par une Dre Q. \_\_\_\_\_ qui retiendrait la persistance d'une symptomatologie dépressive sévère ainsi que l'existence d'autres pathologies invalidantes nécessitant un suivi régulier ainsi qu'une médication importante. La recourante a ensuite produit deux avis écrits : un certificat du 6 mars 2009, signé par le Dr X. \_\_\_\_\_, pédopsychiatre (spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents), et par la psychologue Q. \_\_\_\_\_, à Lausanne; elle a aussi produit une lettre du 10 mars 2009 de la Dre A. \_\_\_\_\_, généraliste à Lausanne. Invité à répondre au recours, l'OAI s'est simplement référé à sa décision. La recourante a déposé des déterminations et a confirmé ses conclusions. E n d r o i t : 1. 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). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable. 2. La recourante critique l'appréciation faite par l'OAI de son état de santé, sur le plan psychiatrique. Elle reproche en substance à cet office d'avoir reconnu une pleine valeur probante au rapport du SMR (rapport d'examen clinique psychiatrique du 2 juin 2008). 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). L'art. 7 al. 2 LPGA dispose que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. 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). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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). 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 son auteur 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). Ces critères s'appliquent à l'appréciation des rapports de médecins travaillant pour une assurance ou pour un service médical régional AI (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee); de tels rapports ne doivent donc pas être écartés au prétexte que leurs auteurs ne seraient pas des experts indépendants. Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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). b) La question décisive, dans le cas particulier, est de savoir si la recourante a retrouvé une capacité de travail entière (dans une activité adaptée) en janvier 2008. En d'autres termes, sur le plan psychiatrique, il faut déterminer si le trouble dépressif diagnostiqué par le Dr P. \_\_\_\_\_, dans son expertise du mois de mai 2007 (trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques) n'était plus, huit mois plus tard, une cause d'incapacité de gain ou de travail. Le médecin psychiatre du SMR (Dr E. \_\_\_\_\_) n'a pas critiqué fondamentalement l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_; il a précisé qu'il adhérait aux conclusions en ce qui concerne l'épisode dépressif, mais qu'il considérait "difficile de lier la symptomatologie psychotique au dit épisode". Il a également retenu que la symptomatologie psychotique semblait avoir diminué en fréquence et en intensité. Cela étant, ce rapport contient des contradictions, puisque son auteur, nonobstant les considérations précitées, ne retient aucun diagnostic de dépression. Dans son acte de recours, la recourante se réfère à un traitement dispensé par la "Dresse Q. \_\_\_\_\_". Il résulte du dossier qu'elle se réfère plutôt à un "suivi en psychothérapie" ("psychothérapie individuelle à long terme") assuré depuis le mois de mai 2007 par la psychologue Q. \_\_\_\_\_, du cabinet du pédopsychiatre Dr X. \_\_\_\_\_. Le certificat médical du 6 mars 2009, signé par le Dr X. \_\_\_\_\_ et Mme Q. \_\_\_\_\_, a été établi sur la base de constatations faites à l'occasion de cette psychothérapie. Il ne s'agit pas d'un rapport d'expertise psychiatrique; il a plutôt la valeur d'un rapport établi par un médecin traitant (avec une description clinique exempte de contradictions). Ce document est insuffisant surtout sur la question de la médication. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas dans ce certificat d'éléments médicaux objectifs suffisamment probants pour trancher la question litigieuse. Le rapport du SMR n'est pas très détaillé à propos de l'affirmation selon laquelle l'épisode dépressif serait "actuellement" (en juin 2008) en rémission complète (le Dr P. \_\_\_\_\_

évoquait une année plus tôt une rémission partielle) ni, surtout, à propos de la symptomatologie psychotique décrite dans le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_. Il n'y a pas d'indications claires au sujet du traitement neuroleptique complémentaire préconisé par le Dr P.\_\_\_\_\_. Dans ces conditions, il faut considérer qu'il subsiste des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le SMR. C'est en fonction de ces constatations que l'OAI a admis une capacité de travail entière en janvier 2008; or ni le degré de la rémission, ni les caractéristiques psychotiques n'ont été décrits de manière parfaitement convaincante, alors qu'une analyse complète s'imposait après que l'expert P.\_\_\_\_\_ avait, dans un rapport récent, reconnu une incapacité de travail. Compte tenu de ces doutes, conformément à la jurisprudence (ATF 135 V 465), il incombait à l'OAI de mettre en œuvre une expertise psychiatrique indépendante, au sens de l'art. 44 LPG. En statuant sur la base du seul rapport du SMR, l'OAI a donc violé les règles du droit fédéral en matière d'appréciation des preuves. Il s'ensuit que le recours est fondé et que la décision attaquée doit être annulée. c) Il se justifie de faire droit à la conclusion subsidiaire de la recourante et de renvoyer l'affaire à l'OAI pour qu'il complète l'instruction (art. 43 ss LPG, art. 69 al. 2 RAI) en ordonnant une expertise psychiatrique indépendante (art. 44 LPG) – éventuellement en demandant un complément d'expertise au Dr P.\_\_\_\_\_ – et rende ensuite une nouvelle décision sur le fond. 3. Le présent arrêt doit être rendu sans frais. La recourante, assistée par un avocat, a droit à une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens, à la charge de l'OAI.

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