

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 198 vom 6. Januar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-01-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__198

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 198 du 6 janvier 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 198 del 6 gennaio 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RAPPORT MÉDICAL, PSYCHIATRIE, FORCE PROBANTE |
28 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 6

Propositions particulières : Nihil.

E. 7

a) Une invalidité est-elle à prévoir ? Cf. réponse de la question 4. b) Le cas échéant, laquelle ? Cf. réponse de la question 4.

E. 8

L'incapacité de travail est-elle encore en relation causale avec l'accident du 24.12.2006 ? Si oui, pour quel(s) motif(s) ? A quoi sont dus les troubles actuels ? Oui, les symptômes relatifs à l'état de stress post-traumatique paraissent clairement avoir un lien avec l'accident du 24.12.2006 (voir aussi détail de la réponse à la question 1). " Le 28 septembre 2007, le Dr R._____ a attesté une incapacité de travail à 100% du 1^{er} au 18 octobre 2007, puis l'a prolongée jusqu'au 4 décembre 2007. Par décision sur opposition du 16 octobre 2007, P._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée, réfutant tout lien de causalité entre la problématique psychique et l'événement du 24 décembre 2006. Le 5 novembre 2007, le Dr H._____, chirurgien orthopédiste et médecin traitant, a attesté une incapacité de travail totale du 29 octobre 2007 au 30 novembre 2007. Dans le cadre de la procédure assurance-accidents, P._____ a informé le conseil de l'assurée, par courrier du 16 novembre 2007, être dans l'attente du rapport du Dr H._____, lequel devait se prononcer sur le lien de causalité entre la blessure à la cheville et l'événement assuré. Par acte du 16 novembre 2007, T._____ a recouru contre la décision sur opposition de P._____, en concluant principalement à sa réforme dans le sens d'un droit à la prise en charge de l'intégralité des conséquences de l'accident du 24 décembre 2006 et, subsidiairement, à son annulation, la cause étant renvoyée à l'assureur-accidents pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Les 7 décembre 2007 et 23 janvier 2008, le médecin traitant N._____, psychiatre au CHUV, a attesté une incapacité de travail à 100% du 4 décembre 2007 au 16 mars 2008. Le 28 janvier 2008, P._____ a conclu au rejet du recours, niant l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement et les troubles psychiques, aux motifs que l'accident était de gravité moyenne et qu'aucun des critères d'examen posé par la jurisprudence n'était rempli. C. Le 31 janvier 2008, T._____ a déposé une demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant un grave accident de la circulation ayant occasionné des fractures multiples et des lésions internes, des troubles psychiques (état dépressif) et des

insomnies. Le 26 février 2008, le Dr B. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un rapport sans poser de diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Il ne faisait état d'aucune restriction physique, mentale ou psychique et estimait à 100% l'activité exigible par la patiente, sans réduction du rendement. L'assurée a confirmé ses conclusions à l'encontre de P. _____ par réplique 2 avril 2008 et a requis la mise en œuvre d'une expertise psychique, dans l'hypothèse où l'assureur persistait à nier le lien de causalité. A l'appui de son écriture, elle a produit une lettre rédigée par le département psychiatrique du CHUV le 14 janvier 2008, dont la teneur était la suivante : " Mme T. _____ continue de présenter les symptômes d'un état de stress post-traumatique sous forme de ruminations (elle rumine constamment des scénarios en relation avec l'accident dont elle a été victime, s'imaginant sans arrêt des conséquences dramatiques et ce qui aurait pu arriver si son petit-fils ou ses parents avaient été à l'arrière de la voiture au moment du choc). On note la présence d'un évitement avec un refus de monter dans une voiture. Il persiste des troubles du sommeil avec des cauchemars et réveils nocturnes ainsi que des flash-backs. Par ailleurs, la patiente présente une symptomatologie dépressive d'intensité sévère sous forme d'un état de tristesse et de fatigue, une anhédonie, une aboulie, une diminution de l'estime et de la confiance en soi, des sentiments de perte d'espoir avec une vision pessimiste de l'avenir, des troubles de la concentration et de la mémoire. La patiente présente également depuis peu des idées suicidaires scénarisées. Ces symptômes sont secondaires au syndrome de stress post-traumatique et correspondent à une aggravation de son état. Il y a tout lieu de croire que le stress post-traumatique est en lien avec l'accident du 24 décembre 2006. La patiente, lors de cet accident, a été victime d'une perte de connaissance avec amnésie circonstancielle. Or, l'amnésie circonstancielle, partielle ou totale relative à la période d'exposition au facteur traumatisant est un des critères diagnostiques faisant partie de ceux pouvant justement permettre la pose du diagnostic d'état de stress post-traumatique, selon la SIM-10. De plus, dans la situation de Mme T. _____, l'amnésie accompagnée de la vision de la voiture détruite favorisent la rumination de nombreux scénarios catastrophes très anxiogènes, qui contribuent indéniablement à la sévérité de son état clinique actuel. " Le 7 avril 2008, P. _____ a informé l'OAI que des indemnités journalières avaient été versées à 100% du 27 décembre 2006 au 30 juin 2007, que les prestations en lien avec les problèmes psychiques n'étaient plus reconnues dès le 20 août 2007 et qu'une expertise médicale serait mise en œuvre pour les problèmes orthopédiques relevés en novembre 2007. Dans un rapport du 10 avril 2008, la Dresse A.F. _____ a posé les diagnostics de trouble de stress post-traumatique (PTSD) et de syndrome douloureux chronique de la cheville droite sur fracture non consolidée de la tubérosité antérieure du calcanéum, tous deux existants depuis décembre 2006, ainsi que d'autres diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Se prononçant sur l'activité de responsable téléphoniste exercée à 100% jusqu'à l'accident, le médecin traitant a retenu des restrictions psychiques avec troubles de la concentration, anxiété et état dépressif majeur, et a conclu que cette activité n'était plus exigible. Dans un rapport du 22 avril 2008, le Dr H. _____ a mentionné que l'évolution restait stationnaire, avec des douleurs persistantes surtout dans le membre inférieur droit. Il indiquait que l'assurée restait très angoissée et présentait toujours un syndrome post-traumatique. Il retenait une incapacité de travail de 20% au moins, précisant que la patiente n'avait pas repris son activité professionnelle surtout pour des raisons psychiques. Du point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible, les restrictions étant surtout liées au plan psychique. Le Dr B.F. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a effectué une expertise le 1 er

juillet 2008. Il résultait de son rapport établi le 3 juillet suivant que, sur la plan somatique, le problème principal était lié à la pathologie du pied droit et provenait de l'existence d'une petite fracture non déplacée du bord antérieur du calcanéum, l'assurée présentant à ce niveau un syndrome algique majeur. Le médecin a indiqué avoir longuement expliqué à l'expertisée que ce type de fracture ne laissait pas de séquelles, contrairement à ce qu'elle pouvait penser, et que son état psychique jouait un grand rôle pour expliquer l'importance du syndrome douloureux (même si cela ne relevait pas de sa compétence). A son avis, les atteintes somatiques étaient en relation de causalité avec l'accident du 24 décembre 2006 et l'assurée pouvait, sur le plan physique, travailler à 100% en qualité de téléphoniste dès le 1^{er} décembre 2007. Dans un rapport du 15 août 2008, les Drs X. _____ et N. _____ du département psychiatrique du CHUV ont diagnostiqué un état de stress post-traumatique, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et un trouble de la personnalité dépendante. Ils expliquaient qu'après une année de traitement, la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique restait importante et estimaient que dans ce contexte, l'évolution risquait d'être favorable. Ils relevaient que la symptomatologie dépressive s'aggravait depuis l'automne 2007 avec l'apparition d'idées suicidaires. Ils arguaient qu'au vu de la situation actuelle, ils n'entrevoient pas d'aptitude au travail dans un proche avenir. Les réviviscences des attaques de panique, les ruminations, les troubles de la concentration, la dévalorisation ainsi que les troubles du sommeil empêchaient l'assurée de travailler, ces circonstances allant paralyser totalement son travail. Dès lors, l'activité exercée n'était plus exigible. L'assurée a été examinée le 29 septembre 2008 au Service médical régional AI (ci-après : SMR) par les Dresses V. _____ et A. _____, respectivement médecin chef et ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie. Dans le rapport d'examen clinique psychiatrique du 9 octobre suivant, ces médecins ont exposé notamment ce qui suit : "

DIAGNOSTICS - avec répercussion sur la capacité de travail : · Etat de stress post-traumatique, en rémission F43.1 · Episode dépressif sévère sans symptôme psychotique, en rémission F32.2 - sans répercussion sur la capacité de travail : · Dysthymie F 34.1 APPRECIATION DU CAS Il s'agit d'une assurée originaire d'Espagne âgée de 55 ans, en Suisse depuis 1970, qui travaille comme téléphoniste jusqu'au 24 décembre 2006 date d'un accident de voiture avec fractures de côtes, de l'avant-bras et du calcanéum. Sur le plan ostéoarticulaire, l'évolution est lentement favorable avec toutefois la persistance de douleurs au pied D. Un mois et demi, deux mois après l'accident, l'assurée développe une symptomatologie anxio-dépressive avec la réviviscence incessante de l'accident de voiture associée à des ruminations, de flash back, une anxiété flottante en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique, objectivé par le Dr C. _____ chef de clinique adjoint et la Dresse G. _____ médecin assistante à la Consultation Psychiatrique de Chauderon dans le consilium psychiatrique du 6 juillet 2007. Les médecins diagnostiquent également un épisode dépressif sévère qui nécessite la mise en place d'un traitement antidépresseur. Dans le rapport médical du 14 août 2008, le Dr X. _____ chef de clinique adjoint et le psychiatre traitant le Dr N. _____ médecin assistant à la Consultation Psychiatrique de Chauderon retiennent les diagnostics d'état de stress post-traumatique, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et trouble de la personnalité dépendante et ils attestent une incapacité de travail à 100% depuis le 24 décembre 2006. Selon le psychiatre, il s'agit également de poursuivre l'augmentation des antidépresseurs, or selon l'assurée, il s'agit plutôt d'une diminution et de l'arrêt du traitement de Remeron®. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, d'attaque de panique, de trouble de la personnalité morbide, de

syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble obsessionnel compulsif, d'état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité ni de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante. Nous n'avons pas objectivé non plus de trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni de ralentissement psychomoteur qui puisse expliquer une quelconque diminution de la capacité de travail. A l'examen clinique psychiatrique, nous n'avons pas objectivé de symptomatologie en faveur d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques qui selon la CIM-10 repose sur la présence de trois symptômes typiques suivants, humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité associés à au moins 4 et de préférence 5 autres symptômes dépressifs plusieurs de ces symptômes doivent être sévères. Ce qui n'est pas le cas de notre assurée où la symptomatologie est en rémission. L'état de stress post-traumatique, en rémission également, ne réunit pas non plus les critères cliniques de la CIM-10. C'est vrai que l'assurée se réveille pendant la nuit selon ses dires « sans raison particulière » et qu'ensuite elle rumine ou présente anamnesticquement de flash back mais qui ne l'empêchent pas de passer des nuits de 6 à 7 heures de sommeil. Nous n'avons pas objectivé d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Lors de l'accident, c'était le mari de l'assurée qui était au volant or, actuellement l'assuré dit « ne plus oser conduire » mais elle se déplace comme d'habitude en voiture à côté de son mari. Dans ce cas, nous ne pouvons pas parler d'évitement des activités pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Quoi qu'il en soit, le diagnostic d'état de stress post-traumatique est en rémission et il n'a plus d'incidence sur la capacité de travail. L'assurée ne présente pas non plus une évolution chronique dans le cadre d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe car nous n'avons pas objectivé d'attitude hostile et méfiante envers le monde, de retrait social, de sentiment de vide ou de perte d'espoir, l'impression permanente d'être sur la brèche ni de détachement. En conclusion, sur le plan psychiatrique les diagnostic d'état de stress post-traumatique et d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, sont en rémission et ne justifient plus une diminution de la capacité de travail. Sur la base de notre examen clinique au SMR nous avons retenu le diagnostic de dysthymie qui est une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. La dysthymie est caractérisée par la présence de périodes de quelques jours pendant lesquels l'assurée se sent mieux mais la plupart du temps, elle se sent fatiguée et déprimée, tout lui coûte et rien ne lui est agréable, n'a pas confiance en elle-même et elle présente des ruminations, un discours plaintif et des légers troubles du sommeil. La dysthymie ne représente pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant et sur le plan purement psychiatrique, la capacité de travail exigible est entière. L'assurée déclare que son état est stationnaire et qu'il n'y a pas eu d'amélioration significative. Cependant, nous constatons que : - L'assurée a arrêté la prise en charge par Mme M. _____, psychologue traitant en décembre 2007, suite à une amélioration de son état. - Le rapport médical du 14 août 2008 ne remplit pas les critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique ni la sévérité d'un épisode dépressif sévère. - L'état de l'assurée n'a pas justifié une hospitalisation en milieu psychiatrique. - Depuis décembre 2007 elle a bénéficié d'une prise en charge ambulatoire à une fréquence d'une fois toutes les 3-4 semaines et actuellement toutes les 4 semaines. Par conséquent nous situons l'amélioration de son état en décembre 2007 et lui reconnaissons une incapacité de travail depuis décembre 2006.

L'assurée est immature et dépendante mais nous n'avons pas objectivé un trouble de la personnalité morbide. Le trouble de la personnalité correspond à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue déviant de la norme et donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel, social et à une souffrance significative. Dans la règle un tel trouble se manifeste d'ores et déjà à l'adolescence et il est stable dans le temps et il suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de la 2^{ème} dizaine d'années de vie, ce qui n'est pas le cas de notre assurée. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant nous n'avons pas retenu ce diagnostic. Selon la CIM-10, le syndrome douloureux somatoforme persistant est caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. L'assurée met en avant ses plaintes somatiques sans exagération, sans signe de souffrance objectivable, sans attirer notre empathie et la douleur décrite est de nature organique et l'assurée déclare que le Dr B. _____ lui aurait proposé une nouvelle intervention chirurgicale. Notre assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie ni de trouble de la personnalité morbide. En conclusion, sur le plan purement psychiatrique l'assurée ne présente pas de pathologie chronique à caractère incapacitant de longue durée, et sa capacité de travail exigible est de 100%. Les limitations fonctionnelles Il n'y a pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Incapacité à 100% depuis le 24 décembre 2006 jusqu'en décembre 2007. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? 0% depuis décembre 2007. CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 100 % DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 100 % DEPUIS : DECEMBRE 2007. " Par décision du 10 octobre 2008, P. _____ a accepté de prendre en charge la poursuite du traitement orthopédique mais a mis un terme à ses prestations en nature avec effet au 1^{er} décembre 2007, estimant que la capacité de travail de l'assurée était totale dès cette date, du point de vue somatique. L'assurée s'est opposée à cette décision. Le 13 novembre 2008, P. _____ a refusé d'entrer en matière sur l'opposition, constatant que l'assurée ne contestait pas la décision sur le plan somatique alors que la décision entreprise ne concernait précisément que la question somatique. Après dépôt d'un recours à l'encontre la décision sur opposition, quelques échanges de correspondances ont été adressés à la Cour. Le 2 février 2009, la recourante a écrit qu'elle ne contestait pas sa pleine capacité de travail sur le plan somatique dès le 1^{er} décembre 2007 mais que son incapacité de travail persistait sur le plan psychique. D. Le 16 janvier 2009, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente indiquant notamment ce qui suit : " Sur la base de l'ensemble des renseignements médicaux notamment de l'expertise psychiatrique en question, nous constatons que sur le plan ostéoarticulaire, l'évolution est favorable avec toutefois persistance de douleurs au pied droit et quelques limitations fonctionnelles qui ne diminuent néanmoins pas votre capacité de travail dans l'activité habituelle. Du point de vue psychiatrique, vous avez développé un état de stress posttraumatique et d'épisode dépressif sévère en rémission. Plus aucune limitation fonctionnelle psychiatrique n'a pu être mise en évidence. Dès lors, votre capacité de travail du point de vue psychiatrique est raisonnablement exigible de 100% depuis le mois de janvier 2008. Au vu de ce qui précède, il convient donc de retenir une incapacité de travail

complète entre le 24 décembre 2006 et le 31 décembre 2007. A l'échéance du délai de carence le 24 décembre 2007, votre incapacité de travail et de gain est complète ce qui vous donne droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100%. Depuis le 1^{er} janvier 2008 votre capacité de travail est à nouveau raisonnablement exigible à 100%, la rente prend fin après trois mois d'amélioration de l'état de santé, soit au 31 mars 2008. Notre décision est par conséquent la suivante : A partir du 1^{er} décembre 2007, le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% est reconnu jusqu'au 31 mars 2008. " Le 10 février 2009, l'assurée a contesté ce projet, arguant que les causes à l'origine de l'octroi de la rente étaient toujours en partie présente et que ses médecins traitants, tout comme elle, estimaient qu'une rente à vie d'au moins 50% devait lui être allouée. Par courrier du 12 mai 2009, les Drs X._____ et W._____ du département de psychiatrie du CHUV ont relevé que l'état psychique que l'assurée s'était légèrement amélioré, avec une diminution de la symptomatologie de son état de stress post-traumatique, celle-ci restant toutefois importante, ainsi qu'une diminution de sa symptomatologie anxiodépressive. De ce fait, une activité adaptée pouvait être envisagée à 30%, accompagnée de mesures de réadaptation professionnelle. Le 30 juin 2009, l'OAI a confirmé son projet d'acceptation de rente, expliquant que l'examen clinique psychiatrique du SMR du 29 septembre 2009 avait pleine valeur probante et que les contestations du 10 février 2009 n'apportaient aucun élément susceptible de modifier sa position. Une décision formelle a été rendue le 11 août 2009. E. T._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 11 septembre 2009, concluant sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente complète d'invalidité, subsidiairement d'une demi-rente, à compter du 1^{er} avril 2008. La recourante soutient en substance que l'examen psychiatrique du SMR ne répond pas aux critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, que les troubles du sommeil, tout comme le problème d'agoraphobie, ont été occultés à tort par les médecins de l'intimé, et que rien ne justifie le passage d'une incapacité de travail totale à la fin décembre 2007 à une pleine capacité dès janvier 2008. Dans la mesure où le rapport du SMR comporte des lacunes et contradictions, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire tendant à définir le taux d'incapacité de travail. Dans sa réponse du 12 novembre 2009, l'OAI maintient ses conclusions et conclut au rejet du recours, précisant que les troubles du sommeil et le problème d'agoraphobie sont mentionnés dans le rapport d'examen psychiatrique du SMR. Il argue au demeurant que le syndrome de fatigue chronique fait partie des états douloureux dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines et n'entraînent en principe pas une invalidité ouvrant le droit à une rente. Dans ses déterminations du 15 septembre 2010, qui font suite à la consultation du dossier de P._____, la recourante relève que l'assureur-accidents, par l'intermédiaire de ses médecins spécialistes, corrobore l'avis des médecins traitants concernant son état psychique et que seul l'intimé persiste à affirmer que les troubles seraient en rémission depuis 2008. Elle réitère la demande de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. E n d r o i t : 1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 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 a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, en particulier sur l'existence d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique. On notera qu'il n'est pas contesté que, sur le plan somatique, la recourante a retrouvé sa pleine capacité de travail. a) Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'incapacité professionnelle, soit l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle, se distingue de l'incapacité de gain. 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. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. 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 (art. 16 LPGA). En outre, l'art. 17 LPGA s'applique également à la décision par laquelle l'OAI accorde une rente limitée dans le temps à titre rétroactif (TF 9C_50/2010 du 6 août 2010 consid. 4 et la jurisprudence citée). b) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier

(ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinions entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (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), 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 ont fondé leur état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. 3. En l'espèce, la décision attaquée repose essentiellement sur le rapport du SMR faisant suite à l'examen psychiatrique réalisé le 29 septembre 2008, duquel il découle que la recourante ne présente pas, sur le plan purement psychiatrique, de pathologie chronique à caractère incapacitant de longue durée. a) A l'aune du dossier de la cause, il apparaît une opposition entre le rapport du SMR et les rapports des différents médecins traitants. En particulier, ces derniers ont posé le diagnostic de stress post-traumatique qui perdure alors que selon les médecins du SMR, l'état de stress post-traumatique est en rémission. Selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), "ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars; ils surviennent dans un contexte durable "d'anesthésie psychique" et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de "qui-vive" et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0)" (F43.1 Etat de stress post-traumatique). Il convient de préciser que la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'état de stress post-traumatique est précisément fondée sur la CIM-10 (TF 9C_554/2009 du 18 août 2009). b) En l'espèce, l'accident litigieux est survenu le 24 décembre 2006. La décision attaquée a été rendue le 11 août 2009, soit plus de deux ans et demi après. Aucun rapport médical ne mentionne une modification durable de la

personnalité alors que l'évolution naturelle du syndrome de stress post-traumatique a lieu au plus tard six mois après le fait déclenchant (TF 9C_574/2009 du 5 mars 2010 consid. 6.1). Le rapport d'examen psychiatrique du SMR passe en revue les symptômes de l'état de stress post-traumatique et relève notamment que la recourante ne présente pas de conduite d'évitement. En effet, ces médecins n'ont pas retenu l'évitement des activités pouvant réveiller le souvenir du traumatisme dans la mesure où l'intéressée continue de se déplacer en voiture, en qualité de passagère au côté de son mari, soit dans la même configuration que lors de l'accident. Par ailleurs, on relève que dans l'écriture du 11 septembre 2009, la recourante ne conteste que l'occultation, par les médecins du SMR, de ses troubles du sommeil. Elle ne fait aucune remarque sur le fait qu'ils n'ont pas relevé d'évitement alors que les médecins traitants évoquent ce problème, dans de précédents rapports. La Cour constate également que l'événement du 24 décembre 2006 ne présente pas la gravité nécessaire pour être considéré comme un élément suffisant à déclencher un état de stress post-traumatique. L'événement traumatisant doit être de nature extrême (Rossati, Etat de stress post-traumatique in L'expertise médicale, Genève 2002, p. 113 ss, spéc. P. 125). A cet égard, s'agissant de la gravité de l'accident, la Cour a jugé, dans le cadre du dossier d'assurance-accidents (AA 139/07 – 49/2010), que l'événement accidentel ne pouvait être qualifié de grave, ni même à la limite des accidents graves. On ne saurait dès lors admettre, dans ces conditions, que la condition première d'un état de stress post-traumatique soit réalisée. De surcroît, dans le rapport du 14 janvier 2008 du département de psychiatrie du CHUV, les psychiatres évoquent une amnésie circonstancielle, affirmant que selon la CIM, il s'agit de l'un des critères diagnostiques faisant partie de ceux pouvant justement permettre de poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Or, ce critère n'apparaît pas dans la définition de la CIM-10 décrite précédemment (cf. consid. 3a supra). Au demeurant, le rapport du SMR explique les raisons qui ont conduit les médecins-conseils à retenir un état dépressif sévère en rémission. Ces derniers relèvent notamment l'arrêt du suivi de la recourante par sa psychologue traitant en raison d'une amélioration de son état de santé ainsi que la diminution des consultations psychiatriques. Ces constatations mettent à mal le rapport du département psychiatrique du CHUV du 14 août 2008 selon lequel la symptomatologie s'est aggravée depuis l'automne 2007. De plus, la description clinique des psychiatres traitants dans ce rapport ne met pas en évidence la symptomatologie voulue pour le codage diagnostique selon la CIM-10. La symptomatologie typique comporte des reviviscences dans un contexte d'émoussement émotionnel marqué. Or, en l'espèce, il s'agit plus de ruminations. En outre, un contact avec autrui et un certain niveau d'activité semblent maintenus chez la recourante. Il ressort ainsi que, même si l'on retient un état de stress post-traumatique, les symptômes sont insuffisants pour entrer dans la définition de l'état de stress post-traumatique F43.1 de la CIM-10. Par ailleurs, il ne figure pas au dossier d'éléments en faveur d'un diagnostic F62.0, à savoir une modification de la personnalité à la suite du traumatisme, ce qui présenterait une modalité de mauvaise évolution. c) A l'aune de ce qui précède, rien ne s'oppose à suivre l'appréciation des médecins du SMR faisant suite à l'examen psychiatrique du SMR du 29 septembre 2008, dont le rapport, convaincant et étayé, remplit les exigences pour se voir reconnaître pleine valeur probante, et qu'aucune opinion contraire ne vient sérieusement remettre en cause. L'exposé du contexte médical est cohérent et l'appréciation de la situation médicale démontre une insuffisance de symptômes pour retenir un état de stress post-traumatique invalidant. De plus, l'ensemble du dossier reflète une évolution globalement favorable sur le plan de l'intensité des symptômes et de la fréquence des consultations. 4. Au vu de l'ensemble des pièces médicales, force est de

constater que l'intimé s'est à juste titre fondé sur le rapport du SMR du 9 octobre 2008 et a arrêté que, dès le mois de janvier 2008, l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail. Dans ces conditions, aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter des conclusions du SMR. Partant, l'expertise demandée par la recourante, à titre de moyen de preuve, n'a pas à être ordonnée dans la mesure où le dossier médical est suffisamment instruit et permet une bonne intelligence de la cause. Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101; SVR 2001 IV n. 10 consid. 4), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1b et la référence). 5. En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; cf, aussi art. 49 al. 1 LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36] et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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