

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 323 vom 16. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__323

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 323 du 16 mai 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 323 del 16 maggio 2011

Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, DÉPRESSION | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 5

La décision attaquée reconnaît à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 22 mars au 30 novembre 2007, compte tenu de l'évolution positive de son état de santé depuis le 1er septembre 2007 (cf. art. 88a al. 1 RAI) – appréciation fondée sur le rapport d'expertise du Dr Q. _____ du 11 septembre 2007. La recourante, pour sa part, ne conteste pas l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 22 mars 2007, mais critique la suppression de la rente avec effet au 30 novembre 2007. a) La recourante prétend, tout d'abord, que le rapport d'expertise du Dr Q. _____ du 11 septembre 2007 aurait été transmis à l'OAI sans son autorisation. A teneur de l'art. 28 al. 3 LPGA, le requérant est tenu d'autoriser dans des cas particuliers toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et les organes officiels à fournir des renseignements, pour autant que ceux-ci soient nécessaires pour établir le droit aux prestations; ces personnes et institutions sont tenues de donner les renseignements requis. En particulier, le Tribunal fédéral considère que l'autorisation figurant au bas du formulaire de demande de prestations AI est conforme à l'art. 28 al. 3 LPGA. Même si le cercle des personnes concernées peut sembler à première vue général et abstrait, l'autorisation ne permet que la production de renseignements qui sont en rapport étroit avec la demande concrète de prestations et n'apparaît pas comme le prétexte à une recherche tous azimuts d'informations. En signant le formulaire de demande, l'assuré autorise expressément les tiers concernés à ne donner aux organes de l'AI que les renseignements nécessaires – et seulement ceux-ci – à l'examen de la demande. Cette autorisation est non seulement conforme à la loi, mais également appropriée au regard des principes de célérité et d'économie de la procédure. Le requérant a en effet un intérêt légitime à voir sa demande de prestations être traitée le plus rapidement possible, sans que les mesures d'instruction ne se prolongent ou se multiplient à l'excès, l'assuré demeurant par ailleurs libre de contester en tout temps la valeur probante des pièces recueillies ou de demander la mise en oeuvre de mesures d'instruction supplémentaires. En tant qu'il renferme très souvent des indications relatives aux circonstances qui sont à l'origine de l'incapacité de travail, le dossier de l'assuré perte de gain en cas de maladie présente, à l'instar de celui de l'assuré-accidents, un intérêt non négligeable dans le cadre du traitement d'une demande de prestations AI. Il ne fait dès lors aucun doute que cet assuré fait partie des tiers concernés par l'autorisation contenue dans le formulaire de demande de prestations (cf. TF 9C_814/2009 du 24 mars 2010 consid. 2.2 et les références citées). En l'espèce, la recourante a signé, le 21 mai 2007, un formulaire de demande de prestations AI

autorisant notamment « toutes les personnes et tous les offices entrant en considération, en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements hospitaliers, les caisses-maladie, les employeurs, les avocat(e)s, les fiduciaires, les assurances publiques et privées, les organismes publics ainsi que les institutions d'aide sociale privées, à donner aux organes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité les renseignements nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et de l'octroi de prestations » (p. 8). C'est ainsi que la Dresse H. _____, à l'appui de son rapport du 30 septembre 2007, a versé au dossier l'expertise du Dr Q. _____ du 11 septembre 2007, ainsi qu'un constat intermédiaire de ce dernier du 7 août 2007, conformément à l'invitation figurant sur le questionnaire médical que lui avait envoyé l'OAI le 5 juin 2007 (p. 2 let. E). Au vu de la jurisprudence précitée, il faut admettre que cet office pouvait non seulement requérir toutes pièces utiles auprès du médecin traitant de l'assurée dans le contexte général de l'art. 28 al. 3 LPGA, mais qu'il était également habilité – de même que le juge des assurances – à fonder son appréciation sur les renseignements ainsi obtenus. L'on ne saurait, dans ces conditions, reprocher à l'intimé d'avoir tenu compte du rapport d'expertise du Dr Q. _____ du 11 septembre 2007, quand bien même ce document a été établi à la demande de l'assureur perte de gain de la recourante. b) Par ailleurs, force est d'admettre qu'à la date de sa mise en œuvre, cette expertise avait pleine valeur probante. En effet, le Dr Q. _____ s'est fondé sur un entretien avec la patiente réalisé le 2 août 2007, sur des tests psychométriques (et leurs corrections) effectués à cette occasion, sur des documents fournis par W. _____ Assurances (notamment les pièces mentionnées sous let. B/aa supra), et sur un consilium téléphonique avec la Dresse C. _____. Dans son rapport, il expose dans un premier temps l'anamnèse de l'assurée, singulièrement les circonstances de l'expertise, les antécédents personnels de l'intéressée, l'anamnèse affective, professionnelle et socio-économique récente, ainsi que les antécédents psychiatriques familiaux et les antécédents médicaux et psychiatriques de l'intéressée, tels qu'extraits du dossier (p. 2 à 7). Il rapporte ensuite les indications subjectives concernant la patiente (p. 8), et les constatations objectives fondées essentiellement sur les tests réalisés par cette dernière et sur l'examen clinique intervenu le 2 août 2007 (p. 9 à 14). Ce spécialiste pose ensuite les diagnostics retenus conformément au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé (DSM-IV-TR), à savoir : un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne et un probable trouble somatoforme indifférencié (axe I), des traits de personnalité passive-dépendante « décompensée » (axe II), une hypertension artérielle traitée, mentionnée uniquement à titre indicatif (axe III), et des difficultés professionnelles et sentimentales, voire d'autre nature (axe IV). Ces atteintes sont ensuite largement discutées par le Dr Q. _____ (p. 15 à 18), qui clos son rapport en répondant aux questions soumises par l'assureur perte de gain essentiellement au sujet de la capacité de travail de la recourante (p. 18 à 19), et qui précise en particulier que l'assurée pourra reprendre son travail à 100% 4 à 6 semaines après le 6 août 2007 – autrement dit dès septembre 2007. Il apparaît ainsi que contrairement à l'avis de la recourante (cf. réplique du 4 octobre 2010 p. 9s.), l'expertise du Dr Q. _____ comporte une anamnèse complète, se base sur les plaintes de l'assurée ainsi que sur des constatations psychopathologiques objectives, puis se fonde sur une appréciation médicale claire et des conclusions dûment étayées, de sorte qu'elle répond aux critères permettant de lui reconnaître valeur probante (cf. consid. 4c supra). c) Il reste à déterminer si l'évolution ultérieure de l'état de santé de la recourante a confirmé le pronostic retenu aux termes de l'expertise du 11 septembre 2007. Dans son rapport du 30 septembre 2007, la Dresse H. _____ considère que l'assurée présente un

état dépressif majeur de moyenne gravité, un probable trouble somatoforme indifférencié, et une personnalité dépendante. Elle considère que le pronostic est mauvais en raison de la personnalité passive-dépendante de la patiente. Elle ajoute qu'au vu des limitations fonctionnelles de l'assurée, celle-ci pourrait reprendre son travail à 50% dès décembre 2007 ou exercer une activité manuelle simple dans un autre domaine. Dans un rapport du 13 février 2008, la Dresse C._____ retient, pour sa part, les diagnostics d'état dépressif et de « fibromyalgie (douleurs somatoformes multiples) ». Elle souligne, en outre, que le travail habituel de l'assurée – entre-temps licenciée – n'est plus exigible, que l'état de santé de cette dernière suit une évolution défavorable et que l'incapacité de travail est de 70% depuis 2007. Aux termes d'un second rapport du 24 avril 2009, cette spécialiste mentionne un état dépressif majeur avec des idées délirantes et des douleurs multiples, une hypertension artérielle ainsi qu'une personnalité immature et dépendante. Elle observe que la recourante présente une incapacité de travail à 80% ou 100%, et qu'elle ne saurait être privée de rente alors même qu'aucune amélioration sur le plan médical n'est intervenue. Selon un troisième rapport du 2 septembre 2010, la Dresse C._____ explique que les troubles psychiques de l'assurée persistent et que cette dernière est confrontée à de nouvelles difficultés, consécutives à une fausse couche et à la perte imminente de son logement. Dans leurs rapports respectifs des 14 et 17 février 2011, les Dresse H._____ et C._____ reprennent en substance leurs précédentes constatations. De son côté, le SMR retient, dans son avis du 6 novembre 2008, que l'assurée présente une pleine capacité de travail dans toute activité à partir de septembre 2007, et souligne que la Dresse C._____, dans son rapport du 13 février 2008, n'a attesté d'aucun élément médical permettant d'objectiver une détérioration de l'état psychique de l'assurée depuis l'expertise susmentionnée. Dans un second avis du 28 juin 2010, le SMR maintient son appréciation, relevant que le rapport de la psychiatre traitante du 24 avril 2009 présente un contenu sensiblement identique à celui du 13 février 2008, qu'il faut en inférer que la situation de la recourante n'a pas évolué, et que l'opinion du Dr Q._____ demeure ainsi pertinente. Enfin, par avis du 9 novembre 2009, le SMR écarte l'écrit de l'art-thérapeute D._____ au motif que cette pièce n'a pas de valeur médicale, et relève que le rapport de la Dresse C._____ du 2 septembre 2009 ne contient aucune observation objective et ne permet pas de préjuger de la capacité de travail, qui n'est d'ailleurs pas précisée. Il est vrai que les constats de la Dresse H._____ – médecin généraliste traitant de l'assurée – ainsi que les rapports rédigés par la Dresse C._____ – psychiatre traitante de la recourante depuis le 20 septembre 2006 (cf. rapport du 24 avril 2009 p. 1) – sont insuffisamment motivés, au sens de la jurisprudence fédérale en la matière (cf. consid. 4b supra), pour que l'on puisse leur accorder valeur probante, ainsi que l'a du reste relevé le SMR. Il n'en demeure pas moins que tous ces écrits, postérieurs à l'expertise du 11 septembre 2007, font état d'un pronostic défavorable et insistent en particulier sur l'aggravation des troubles de l'intéressée, observations que rien ne permet clairement d'infirmer ou de confirmer en l'état du dossier – étant souligné que le compte-rendu de l'art-thérapeute D._____ ne saurait être déterminant à lui seul dans le présent contexte, attendu qu'il n'émane pas d'un médecin (plus particulièrement d'un psychiatre) dûment autorisé à pratiquer. Il existe dès lors un doute sur l'amélioration des troubles psychiques de la recourante, telle qu'envisagée par le Dr Q._____, incertitude qui ne peut être levée sur le vu des pièces figurant au dossier.

E. 6

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément

d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). b) En l'espèce, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en oeuvre une expertise auprès d'une institution ou d'un spécialiste en psychiatrie qui n'a pas encore été saisi du dossier. Il n'est en effet pas opportun que la Cour de céans ordonne elle-même une expertise judiciaire, ni qu'elle suspende la cause le temps que l'OAI complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision. Il appartiendra notamment à l'office, dans le cadre de ce nouvel examen et en fonction des conclusions qui en résulteront, de se pencher non seulement sur la question de l'octroi éventuel d'une rente en faveur de l'assurée, mais également sur la mise en oeuvre d'une potentielle mesure reclassement, telle que requise par l'intéressée lors du dépôt de sa demande de prestations (cf. let. B supra). En effet, l'OAI ne s'est pas formellement prononcé sur cette question dans la décision litigieuse (cf. consid. 2b supra), se limitant à retenir l'absence de toute invalidité au-delà du 30 novembre 2007 – position excluant par voie de conséquence une quelconque diminution de la capacité de gain d'au moins 20% environ (seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel; ATF 124 V 108 c. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 c. 2.2 et TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 c. 4). c) Vu l'issue de l'affaire, il n'y a pas lieu de prendre position sur les autres griefs soulevés par la recourante, ni de donner suite aux mesures d'instruction requises par cette dernière.

E. 7

a) Le recours étant admis, la décision entreprise annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, l'arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD). b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire obtient gain de cause, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton si les dépens ne peuvent être obtenus de la partie adverse ou qu'ils ne le seront vraisemblablement pas. Le canton est subrogé à concurrence du montant versé à compter du jour du paiement (art. 122 al. 2 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Eric Cerottini, avocat à Lausanne, à compter du 15 mai 2009 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 1'721 fr. 30 (dont 122 fr. 30 de TVA) à titre d'honoraires et à 21 fr. 50 (dont 1 fr. 50 de TVA) à titre de débours, soit à un total de 1'742 fr. 80, TVA comprise. c) Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer équitablement à 2'500 fr., compte tenu de ses frais d'avocat et des autres frais indispensables occasionnés par le litige (art. 7 al. 1 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des

assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

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