

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 932 vom 7. September 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-09-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__932

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 932 du 7 septembre 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 932 del 7 settembre 2011

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, EXPERTISE | 28 LAI, 4 LAI, 43 LPGA, 6 LPGA

Erwägungen

E. 1

a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément. b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA). c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1, 2 al. 1 let. c LPA-VD), est directement applicable au cas d'espèce (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est ainsi compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'une question liée au droit à la rente.

E. 2

a) Aux termes de l'art. 8 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 in fine LAI). 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. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession voire d'un autre domaine d'activité. Tant le droit à des mesures de réadaptation (art. 8 et ss LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI et 28 al. 1 LAI) ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1

LAI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à celle de l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

E. 3

a) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de 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 trancher 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 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 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

E. 4

a) 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 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_206/2008 du 16 décembre 2008 consid. 2.1). b) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6). 5) Au vu des éléments médicaux au dossier, les rapports des médecins traitants laissent subsister des doutes sur le rapport du psychiatre du SMR. Compte tenu de ces divergences ainsi que des tentatives de suicides non-prises en compte dans l'avis du SMR, il s'imposait de solliciter un avis qualifié et indépendant qui viendrait départager ces opinions, raison pour laquelle une expertise judiciaire a été mise en oeuvre. Celle-ci, établie par le Dr R. _____ comprend, comme déjà mentionné, près de 100 pages. Elle peut être qualifiée de particulièrement détaillée, ainsi qu'il résulte des larges passages cités précédemment. L'expert a décrit l'évolution d'une personnalité dont les capacités adaptatives se sont progressivement détériorées avec l'apparition de symptômes divers, dépressifs ou anxieux (auxquels peuvent se rattacher des troubles dissociatifs), et de troubles des conduites, eux aussi secondaires aux troubles de la personnalité, le tout étant compliqué d'une problématique identitaire profonde et de conséquences cliniques d'abus subis au cours de l'enfance. L'expert retient un diagnostic de personnalité dépendante et constate un Trouble dissociatif non spécifié, ainsi qu'un Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité de l'adulte. Sur ces deux aspects, le diagnostic de personnalité borderline, posé par le Dr F. _____, n'est pas éloigné et l'expertise montre l'existence d'une pathologie psychiatrique grave. En l'absence de traitement, l'incapacité de travail même dans une activité adaptée est totale. Ces conclusions, avec l'existence d'une incapacité de travail variable, mais supérieure à 70% depuis 2003, sont étayées tout au long du rapport. Mais, comme le relève l'expert lui-même, elles sont en contradiction totale avec celles du SMR. L'OAI critique les conclusions du rapport d'expertise judiciaire qu'il n'estime pas convaincantes, se référant pour cela aux objections figurant dans l'avis du 4 mars 2011 émanant du SMR. S'il convient donc dans un premier temps d'examiner ces critiques, on doit noter toutefois qu'elles émanent de médecins qui ne sont pas psychiatres (les Dr H. _____ et Dr K. _____ du SMR). Dans son rapport, l'expert judiciaire a notamment retenu un Trouble dissociatif non spécifié selon DSM IV (depuis l'enfance), en précisant que: " ce trouble limite la capacité d'interagir adéquatement par les phénomènes dissociatifs de façon intermittente, imprévisible et sensible au contexte et peut affecter la capacité de compréhension. Il faut y voir la meilleure solution que le psychisme de l'assurée ait pu trouver à son besoin d'éviter les retombées de ses vécus traumatiques. C'est donc l'évitement qui est le moteur central. La capacité de travail est ainsi très dépendante de l'absence ou de la présence de déclencheurs. Ainsi, un retour à l'ancienne place de travail entraînerait selon toute vraisemblance des flash-back et une péjoration aboutissant à une incapacité totale au moins transitoire. L'incapacité de travail dans le dernier emploi est donc totale, depuis juillet 2003. Ce trouble limite aussi considérablement les capacités de réadaptation. ". Il a aussi évoqué un Trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité,

forme adulte mixte selon DSM IV (ayant débuté dans l'enfance), en précisant : " Il s'agit d'un trouble handicapant de façon significative la capacité de travail, dans l'ancien emploi comme dans une autre activité adaptée, en l'absence de traitement. Il touche la capacité de concentration, la compréhension, la faculté d'adaptation (Ces patients sont aussi parfois pris en grippe par des tiers), altère l'écriture, la capacité d'organisation, l'orthographe, la capacité de respecter une discipline, des règlements et limite le rythme de travail, ralenti parce que la personne atteinte perd le fil, se perd dans des détails et manque de continuité. Une diminution de rendement variable, en moyenne de 50 %, en résulte dans un emploi de secrétaire, qui n'est pas, en général et dans le cas particulier, un emploi adapté. Avec un traitement adapté et dans un emploi adéquat, la capacité de travail est à peine réduite dans le rendement par une symptomatologie séquellaire. Le taux d'activité initial devrait être de 30 % et être augmenté dans un premier temps jusqu'à 50%. Avec l'amélioration des problèmes anxieux et alimentaires, on pourra tenter une augmentation à 60 voire 80%. Initialement, le rendement sera réduit de façon importante, mais il augmentera et fluctuera avec les résultats du traitement pour se stabiliser, au mieux vers 80 à 100 % d'ici au plus tôt quatre ans. " Il ressort dès lors de l'expertise que l'incapacité de travail, même dans une activité adaptée, est totale depuis le 1er juillet 2003. Elle persistera, en tout cas plusieurs mois, vraisemblablement deux ans et pourra déboucher si les traitements sont correctement effectués alors sur une capacité de travail croissante, au moins sur le plan médico-théorique (dans environ quatre ans). Le degré d'incapacité de travail n'est jamais descendu en-dessous des 70%, mais les raisons médicales qui sous-tendent l'incapacité ont fluctué. Les premières critiques du SMR se fondent sur le doute que jetterait sur l'expertise la découverte de nouvelles problématiques, ignorées par une suite de médecins traitants. On doit toutefois relever que l'expert a pris soigneusement en compte ce suivi, notamment un traitement psychothérapeutique par délégation auprès de Mme C. _____ chez le Dr L. _____, à Lausanne, ainsi que la fréquentation par la recourante du [...], institution placée sous la responsabilité du Dr X. _____ (à cet égard : cf. les rapports du 25 janvier 2011 du Dr L. _____ et de Mme C. _____, demandés par le Dr R. _____ et intégrés à son expertise [p. 90ss]). C'est donc en toute connaissance de cause et avis actualisés pris auprès des psychiatres traitants que l'expert considère que la symptomatologie thymique n'est pas prévalente dans l'incapacité de travail, cela au contraire d'autres diagnostics qu'il a déterminés. Dès lors, l'expertise s'est en effet écartée de l'avis des médecins traitants, mais le fait qu'un expert indépendant aboutisse à d'autres conclusions, dans le cadre d'un examen qu'il faut bien considérer comme extrêmement fouillé n'aboutit pas à douter de son avis. C'est d'autant moins le cas lorsque, comme ici, l'expertise suit une méthode stricte, exposant de manière systématique les raisons qui ont fondé l'opinion cas échéant divergente de l'expert. En définitive, il était précisément de la compétence du Dr R. _____ de relever des aspects diagnostics qui auraient jusque là échappé aux autres médecins et de les rapporter en les justifiant. La critique de l'expertise que le SMR veut tirer du cursus de l'assurée ne convainc pas plus. On sait que le caractère évolutif d'un trouble de la personnalité peut ne pas empêcher le malade de suivre une formation et d'exercer une activité professionnelle. La crédibilité de l'expertise est d'autant moins en cause sur ce point qu'elle s'attache bien à relater l'évolution de la recourante et à détailler les causes d'incapacité, y compris celles dont l'expert considère qu'elles sont passées au second plan, voire ont disparu (cf. par exemple, expertise p. 25). En ce qui concerne l'abandon par l'expert de l'avis du Dr F. _____ quant à un "épisode dépressif majeur et récurrent", la partie 4) de l'expertise ("analyse diagnostic par diagnostics"),

notamment dans ses chapitres A ("Troubles de l'humeur") et B ("Troubles anxieux"), expose de manière claire, détaillée et convaincante, l'évolution du trouble anxiodépressif relevé par les psychiatres traitants, son influence à l'époque et actuellement sur la capacité de travail de l'assurée, son évolution, son lien avec l'alcoolisme et les dépendances, ainsi que les raisons pour lesquelles il se justifie actuellement de se distancer de l'appréciation des psychiatres traitants de l'époque (expertise, p. 23ss, 25). S'agissant des diagnostics de trouble dissociatif non spécifié (expertise, p. 52ss) existant depuis l'enfance, de trouble de déficit de l'attention et de l'hyperactivité, forme mixte adulte, l'expert psychiatre explique là aussi de manière très détaillée les éléments qui ont décompensé ces troubles de la personnalité, leur influence durant la vie et sur la capacité de travail de l'assurée ainsi que les traitements qui pourraient éventuellement améliorer la capacité de travail dans les 2 à 4 ans (expertise, p. 50ss, 70ss, 80ss). Les critiques de l'OAI visent aussi l'absence alléguée d'un fil directeur entre les problèmes psychiques, l'anamnèse, les signes cliniques et les conclusions médico-asséculo-logiques. Il suffit toutefois de lire l'expertise pour constater que son auteur s'est non seulement appliqué à décrire minutieusement les observations objectives faites lors de son expertise, mais également le fil directeur de l'évolution de toutes les atteintes psychiques de l'assurée, leur implication sur la capacité de travail durant toute la période litigieuse ainsi que les fluctuations de la capacité de travail de l'assurée. Il a chaque fois discuté les diagnostics posés par ses confrères, leur évolution et le cas échéant les raisons pour lesquelles il y avait lieu de s'en écarter. L'expert expose notamment de manière convaincante en quoi il se distance, soit de l'opinion des médecins traitants (cf. par exemple expertise p. 23ss, 25 déjà citée) ou de l'avis du SMR (cf. par exemple: 4.A, No.6, p. 24s). En ce qui concerne les problèmes de santé de la sphère somatique, leur influence sur la capacité de travail de l'assurée est mineure (5% pour le tabac par exemple) et les mesures à mettre en place pour y remédier peuvent rapidement être prises. En dépit de la demande du SMR quant à la tenue d'une nouvelle expertise sur ces points, on doit constater que la précision des limitations fonctionnelles somatiques n'est pas nécessaire puisque l'incapacité de travail est principalement provoquée par les atteintes psychiques. Au demeurant, le Dr R. _____ expose clairement les limitations ainsi que les traitements, de sorte qu'on ne peut pas parler de limitations durables. Partant, si l'expertise évoque ces points, on peut y voir un souci d'exhaustivité et de méthodologie. Ils n'en restent pas moins secondaires. Dans cette mesure, les critiques portant sur des éléments du rapport qui sont sans réelle influence sur l'invalidité ne sont pas pertinentes. On relèvera enfin que l'expert n'a pas posé de diagnostic de troubles psychiques en relation avec des troubles somatiques, par exemple trouble somatoforme indifférencié ou de somatisation, mais bien de trouble dissociatif non spécifié. La dernière remarque du SMR n'est donc pas pertinente médicalement puisqu'il y a là des registres différents entre les troubles dissociatifs (CIM-10 F44) et ceux somatoformes (CIM-10 F45). A cet égard, l'expert démontre bien la présence d'un syndrome de déréalisation/dépersonnalisation. Au demeurant, l'application de la jurisprudence sur les troubles somatoformes et la question particulière de l'exigibilité n'y changeraient rien. L'expert a, à plusieurs reprises, indiqué pourquoi l'on devait considérer que l'assurée avait fait tous les efforts que l'on était en droit d'attendre d'elle, en relevant notamment que l'exercice du métier de secrétaire par V. _____ avait déjà été une réussite qui n'allait pas de soi (expertise p. 72), puis en énumérant les efforts de la recourante (cf. notamment expertise p. 75). Dans ce cadre, il a aussi mis en lumière l'importance des conduites d'évitement de l'assurée qui ont poussé cette dernière à s'isoler, ainsi que la dépendance dans laquelle elle est envers les institutions, ses parents et ses proches, de

même que le "bénéfice" qu'elle en tire, en restant aussi en contact avec "ses stresseurs". Ainsi, l'expert judiciaire a apporté une appréciation différente de faits connus, mis en lumière un ensemble de faits nouveaux sur le plan anamnestique, dans l'examen clinique et dans les conclusions diagnostiques. Il a aussi voulu apporter des informations sur les traitements des troubles diagnostiqués ou supposés et présenter une vue globale, coordonnant les mesures de façon interdisciplinaire. Sur tous ces points, l'expertise est détaillée et motivée de sorte que l'avis du SMR ne permet pas de mettre sérieusement en doute ses conclusions. La Cour fait donc siennes les conclusions de l'expert judiciaire sans qu'il y ait lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale. L'expert a conclu à la présence d'une incapacité de travail significative dépassant 70% depuis 2003 et qui persistera en l'absence de traitement. Pour environ 2 ans, en raison de l'ensemble des affections, l'incapacité de travail est totale. Après cette période et en fonction des résultats de traitements qui devront être mis en place, la capacité de travail de l'assurée pourrait s'accroître, au moins sur le plan médico-théorique.

E. 6

Dans cette mesure, la Cour, suivant ainsi l'expert, retient que la recourante doit être reconnue comme étant en incapacité de travail à plus de 70% à compter du 1^{er} juillet 2003, et cela dans toute activité. Il s'ensuit qu'il n'est pas nécessaire de comparer pour évaluer le taux d'invalidité de la recourante le revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle (art. 16 LPGA). Dans cette mesure, c'est l'art. 29 aLAI al. 1, dans sa version antérieure à la modification du 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129), qui est applicable et c'est à l'issue du délai d'une année qu'instituait cet article, soit le 1^{er} juillet 2004, que la recourante a droit à la rente. En application de l'art. 28 aLAI, l'assurée doit pour les motifs préexposés se voir reconnaître une incapacité de gain entière, puisqu'elle a dû cesser toute activité professionnelle et n'a pour l'instant pas de capacité résiduelle de gain. Pour le reste, la rente est allouée dès le début du mois où le droit a pris naissance (art. 29 al. 2 aLAI), de sorte que, comme la recourante le fait valoir dans ses conclusions modifiées suite à l'expertise, elle a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} juillet 2004. Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD), dont il convient d'arrêter le montant à 2'500 fr. à la charge de l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire à la charge de l'intimé qui succombe (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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