

VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 790 vom 4. November 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-11-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2013___790

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 790 du 4 novembre 2013

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 790 del 4 novembre 2013

Regeste

EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL | 8 al. 3 let. b LAI, 43 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 1

LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). En l'espèce, le recours contre la décision du 23 mai 2012 refusant des mesures de réadaptation d'ordre professionnel doit être considéré comme déposé en temps utile compte tenu de la seconde notification intervenue le 28 juin 2012 d'une part et des fêtes estivales d'autre part. Quant au recours contre la décision incidente du 14 août 2012 de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique pluridisciplinaire, il a également été déposé en temps utile. Ces recours remplissent les autres exigences légales de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'ils sont recevables, étant précisé qu'en cas de désaccord des parties, soit sur l'opportunité de procéder à une expertise, soit sur le choix du centre d'expertises ou des experts, le Tribunal fédéral a jugé que, dorénavant, l'expertise devait être mise en œuvre par le biais d'une décision formelle, incidente, laquelle est sujette à recours auprès du tribunal des assurances compétent pour en connaître (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art.

E. 2

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'OAI est fondé à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire et de ce fait, à refuser des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, à tout le moins provisoirement.

E. 3

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. De son côté, conformément à son devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195), l'assuré est tenu de se soumettre aux examens médicaux et techniques qui sont nécessaires à l'appréciation du cas et peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). En ce

sens (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.1, in RSAS 2008 p. 181), le pouvoir d'appréciation de l'administration dans la mise en oeuvre d'un examen médical n'est pas illimité; elle doit se laisser guider par les principes de l'Etat de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité (Ulrich Meyer-Blaser, Das medizinische Gutachten aus sozialrechtlicher Sicht, in Adrian M. Siegel / Daniel Fischer, Die neurologische Begutachtung, Schweizerisches medico-legales Handbuch, vol. 1, 2004, p. 105) et le principe d'une administration rationnelle (Markus Fuchs, Rechtsfragen im Rahmen des Abklärungsverfahrens bei Unfällen, in RSAS 2006 p. 288). Selon la jurisprudence (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2 et la référence citée), le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une "second opinion" sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA). La nécessité de mettre en oeuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de façon complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2). En l'espèce, ni la recourante, ni l'intimé ne remettent en cause la valeur probante de l'expertise et du complément d'expertise réalisés par le Dr K._____. Néanmoins, cette expertise est exclusivement otoneurologique et une éventuelle comorbidité psychiatrique ne saurait d'emblée être exclue. En effet, le Dr D._____ évoque dans son rapport du 16 mars 2009 des facteurs psychologiques tels qu'un probable trouble anxieux non spécifié et un probable trouble somatoforme non spécifié influençant certainement l'épisode de vertiges en cours. Le Dr N._____ pose quant à lui le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Enfin, le Dr K._____ conclut que l'histoire clinique de la patiente et la normalité de l'examen otoneurologique parlent en faveur d'un trouble psycho-physiologique de l'équilibre associé à un conflit sensoriel visuo-vestibulaire. Il mentionne également une vraisemblable aggravation des symptômes par des facteurs psychologiques (état dépressif, réaction anxieuse). En conséquence, l'instruction médicale doit être complétée sur le plan psychiatrique et elle ne peut l'être par les rapports du Dr N._____ figurant au dossier ou par tout nouveau rapport de ce praticien car la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). De surcroît, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V

351 consid. 3b/cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Enfin, il ressort du rapport d'enquête économique que l'assurée ne consulterait apparemment plus le Dr N. _____ depuis début mars 2012, la consultation ultérieure du 15 mai 2012 paraissant induite par la demande d'un nouveau rapport présentée par l'OAI au Dr N. _____. Pour ces motifs déjà, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique s'impose. La recourante fait grief à l'OAI d'avoir orienté sans aucun élément objectif le SMR sur un éventuel syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical. Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de ce genre de syndrome. Selon la jurisprudence, ceux-ci n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Il existe une présomption que de tels syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354; 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71). En l'occurrence, tant l'expertise du Dr K. _____ que son complément font état d'examen somatiques normaux et ce praticien observe que théoriquement, la capacité de travail de l'assurée est complète sur le plan ORL. Comme relevé ci-dessus (consid. 3), l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne saurait être a priori exclue, et si elle devait être confirmée par voie expertale, son importance doit encore être évaluée. La première incapacité de travail liée à la symptomatologie litigieuse remonte à janvier 2006 et l'incapacité de travail est durablement complète depuis mars

2009. La rééducation vestibulaire proposée par les Drs C. _____ et K. _____ n'a pas eu les résultats escomptés dans la mesure où le médecin traitant de l'assurée considère dans son rapport du 22 juin 2012 que la situation est inchangée depuis 2009. Le Dr K. _____ évoque encore une diminution des activités sociales. Cela étant, au vu des principes et critères dégagés par la jurisprudence, on ne peut reprocher à l'office intimé d'investiguer un éventuel syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. L'instruction de la présente cause ne saurait être restreinte à une seule expertise psychiatrique. L'expertise doit être pluridisciplinaire et regrouper les disciplines de la psychiatrie, de l'oto-rhino-laryngologie et de la médecine interne. L'assurée ne bénéficie en effet plus d'un suivi ORL et le Dr K. _____ s'est refusé à une réactualisation de son rapport faute pour lui d'avoir revu l'intéressée à sa consultation. Les éléments médicaux relevant du domaine de l'oto-rhino-laryngologie sont donc obsolètes et ne peuvent être complétés, l'assurée n'étant plus suivie par un spécialiste ORL. La participation d'un expert médecin interniste s'impose également pour assurer des examens cliniques somatiques les plus exhaustifs possibles, et non seulement restreints au plan ORL. En conséquence, la décision incidente de l'OAI du 14 août 2012 mettant en oeuvre une expertise pluridisciplinaire regroupant les disciplines de la médecine interne, de l'oto-rhino-laryngologie et de la psychiatrie doit être confirmée.

E. 4

L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, les conditions d'octroi des différentes mesures devant par ailleurs être remplies. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, allocation d'initiation au travail et aide en capital). S'agissant de la décision de l'OAI du 23 mai 2012 constatant l'impossibilité d'ordonner une mesure de réadaptation d'ordre professionnel, on ne peut qu'observer qu'elle a été rendue prématurément. L'octroi ou le refus de mesures d'ordre professionnel revient à statuer sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité et dans le cas particulier, l'OAI ne pouvait valablement statuer sur ce droit qu'au terme d'une instruction complète sur ce point, soit à tout le moins après avoir connaissance des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire. L'OAI l'admet implicitement dans la mesure où dans sa décision, il précise que si l'instruction ultérieure du dossier devait démontrer que des mesures professionnelles étaient nécessaires, leur mise en oeuvre serait réexaminée sans délai. Il doit par ailleurs être déduit de cette prise de position que non seulement la mise en oeuvre mais également le refus de mise en oeuvre de mesures devenaient à nouveau justiciables après dépôt du rapport d'expertise disciplinaire. La décision de l'OAI du 23 mai 2012 doit donc être annulée. Par surabondance de droit, il sera relevé que dans les circonstances de fait prévalant à la date de la décision litigieuse, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'aurait pu être ordonnée. En effet, le droit à une mesure de réadaptation est subordonné à la condition d'une invalidité ou d'une menace d'invalidité imminente. En l'espèce, compte tenu de la jurisprudence développée en relation avec le caractère invalidant du syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, ce n'est qu'à connaissance des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire que la condition d'une invalidité pourra être vérifiée. Par ailleurs, le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité,

tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 9.2; TF 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références citées). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.3; TF I 938/06 du 29 octobre 2007 consid. 4.1; TF I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2). Les mesures qui n'aboutissent qu'à une faible amélioration de la capacité de gain ou d'exercer les travaux habituels ne sont pas prises en charge par l'AI. La loi ne prévoit notamment pas de mesures propres à conserver un reste de capacité négligeable et incertain (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, note 1330). En l'espèce, la mesure préconisée par le Dr K._____ prévoit une activité limitée à deux heures par matinée, ce qui représente un taux d'activité de l'ordre de 25%. L'amélioration de la capacité de gain est par conséquent faible. Par ailleurs, le pronostic du Dr K._____ quant au succès de cette éventuelle mesure est réservé, réserve qui doit d'autant plus être prise en considération que la proposition de mesure litigieuse repose sur le souhait de l'assurée et non sur une évaluation clinique par le médecin d'une part et que l'instauration par son dernier employeur de mesures d'aménagement de sa place de travail n'avait pas empêché la survenance d'une nouvelle incapacité de travail complète d'autre part. En de telles circonstances, le pronostic de succès d'une mesure ne peut être qu'incertain.

E. 5

La recourante a conclu, dans l'hypothèse d'une confirmation de la décision incidente de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, que celle-ci soit ordonnée par le tribunal, citant à l'appui de cette conclusion la jurisprudence fédérale, soit l'ATF 137 V 210. Selon la jurisprudence, 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 (ATF 137 V 210; 122 V 163 consid. 1d; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560). Le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Le contexte litigieux est néanmoins différent en ce sens qu'il n'y a pas matière à renvoi de la cause pour un complément d'instruction omis par l'assureur. Bien au contraire, le complément d'instruction a été ordonné par l'OAI. La décision attaquée est une décision incidente et non une décision finale. L'intimé n'ayant pas encore mis fin à la procédure administrative, une saisine par l'autorité judiciaire est par conséquent exclue.

E. 6

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de

justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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