

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 648 vom 20. September 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-09-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2016___648

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 648 du 20 septembre 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 648 del 20 settembre 2016

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, DÉCISION DE RENVOI | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 4

DIAGNOSTICS

E. 4.1

Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail : v Cervico-brachialgies droites chroniques v Lombalgies chroniques v Troubles dégénératifs du rachis

E. 4.2

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : v Douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette

E. 5

C'est ici le lieu de rappeler que d'après un principe général applicable dans la procédure administrative, lorsqu'une autorité de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi.

L'autorité inférieure voit alors sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (cf. TF 9C_457/2013 précité loc. cit. et 9C_340/2013 du 25 juin 2013 consid. 3.1, avec les références citées).

E. 5.3

et 8C_492/2014 du 8 septembre 2015 consid. 3.3). Dans son arrêt, le Tribunal a également souligné que les premières déclarations de l'assurée (à savoir qu'elle n'aurait pas travaillée même en bonne santé) étaient corroborées par le fait que l'intéressée n'avait présenté que deux périodes d'incapacité de travail depuis 1997, d'un mois chacune. Quant aux déclarations postérieures, elles étaient contradictoires en elles-mêmes, puisqu'allant dans le sens d'une activité à plein temps simultanément comme mère au foyer et femme de chambre. La juridiction cantonale s'est dès lors ralliée au statut de 100% ménagère retenu par l'OAI – statut résultant également du rapport d'enquête ménagère du 10 décembre 2010 (p. 3). L'arrêt cantonal étant entré en force, l'office intimé n'avait donc pas à revenir sur les points tranchés à cette occasion par la juridiction de céans (cf. consid. 5 supra), y compris

concernant la question du statut de la recourante. b) Tel n'a toutefois pas été le cas. En effet, dans le cadre de la procédure subséquente, l'OAI a mis en œuvre une nouvelle enquête économique sur le ménage, à la suite d'un avis du Dr T. _____ observant que l'estimation des empêchements ménagers effectuée par le Dr F. _____ devrait être confrontée à une enquête à domicile (cf. avis médical SMR du 15 octobre 2013). Dans ce contexte, l'enquêtrice s'est certes prononcée sur les empêchements de l'assurée dans la tenue de son ménage, mais ses constatations ont toutefois été reprises sans avoir été préalablement mises en perspective avec celles du Dr F. _____, comme préconisé par le SMR. Bien plus, l'enquêtrice est revenue sur la problématique liée à la détermination du statut, proposant une part active de 30% et une part ménagère de 70% sur la base des déclarations de la recourante et de sa fille (cf. rapport d'enquête du 7 février 2014). Ce faisant, elle a clairement dépassé le cadre du mandat initialement défini par le SMR, qui ne portait que sur les empêchements ménagers et non sur la question du statut, déjà tranchée. L'OAI s'est malgré tout fondé sur cette nouvelle clé de répartition (cf. décision du 2 juillet 2015 p. 1), revenant ainsi sur les considérants de l'arrêt cantonal du 19 mars 2013, entré en force – ce qui n'est en principe pas admissible (cf. consid. 5 supra). Rien au dossier ne permet de justifier un tel revirement. En particulier, contrairement à la thèse défendue par l'office, la seconde enquête ménagère n'a apporté aucune réactualisation des données relatives au statut (cf. réponse du 29 octobre 2015 p. 2), mais a simplement fourni à la recourante l'occasion de modifier une nouvelle fois ses déclarations sur le sujet, en ce sens qu'elle aurait travaillé à 30% en bonne santé une fois ses enfants autonomes (cf. rapport d'enquête du 7 février 2014 p. 3). Elle est du reste encore revenue sur ses dires dans le cadre de la présente procédure judiciaire, en alléguant que, bien portante, elle aurait vraisemblablement « travaillé à 100% dans une activité de ménagère combinée à une activité de femme de chambre (cf. mémoire de recours du 14 septembre 2015 p. 5). Au regard de l'inconstance dont l'assurée a fait preuve sur ce point et à la lumière de la jurisprudence dite des premières déclarations évoquée plus haut (cf. consid. 7a supra), la Cour de céans ne voit, en définitive, aucune raison pertinente de revenir sur le statut de 100% ménagère tel qu'entériné par l'arrêt du 19 mars 2013. C'est dès lors à l'aune de ce statut qu'il convient d'appréhender la situation de la recourante. Par surabondance, en ce qui concerne plus particulièrement l'évaluation des éventuels empêchements rencontrés par l'assurée dans l'accomplissement de ses travaux habituels, on relèvera que selon la jurisprudence, la valeur probante d'un rapport d'enquête ménagère est subordonnée – notamment – au fait que ce dernier ait été établi en pleine connaissance des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux (cf. ATF 128 V 93 ; cf. TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1), étant précisé que l'enquête ménagère permet non seulement d'estimer les empêchements dus à des troubles physiques mais également à des troubles psychiques (cf. TF 9C_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.2.2 et la jurisprudence citée). Dès lors qu'en l'espèce des mesures d'investigations s'imposent sur les plans somatique et psychique (cf. consid. 6 supra), il s'ensuit qu'aucune valeur probante ne peut de toute manière être accordée aux rapports d'enquête domiciliaire aux dossiers en tant qu'ils procèdent à l'évaluation des empêchements ménagers sur la base d'un dossier médical lacunaire. 8. Au final, il appert que la Cour de céans ne dispose pas d'informations médicales suffisantes pour pouvoir trancher le litige en toute connaissance de cause. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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 (cf. 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 (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, il apparaît que l'OAI a statué sur la base d'un dossier médical lacunaire, se fondant sur des données incomplètes aux niveaux physique et psychique. Compte tenu de ces carences, ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de son état de santé sur sa capacité de travail n'ont été établis à satisfaction de droit. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il y a donc lieu de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (axée sur les plans rhumatologique et cardiologique [avec prise en considération de la problématique liée à la surcharge pondérale], ainsi que psychiatrique) au sens de l'art. 44 LPGA, puis qu'il procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins de déterminer les éventuels empêchements de la recourante dans l'exécution des travaux ménagers. Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision. c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner plus avant l'argumentaire de la recourante. De même, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par celle-ci.

E. 6

Il est constant que la décision de refus de prestations rendue le 14 septembre 2012 par l'OAI a été annulée par la Cour de céans le 19 mars 2013 (AI 244/12 – 62/2013), avec renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction sur le plan médical, sous la forme d'une expertise rhumatologique. Après avoir repris l'instruction de l'affaire, l'OAI a maintenu son refus de prester par décision du 2 juillet 2015, objet de la présente contestation. Il s'est en particulier fondé sur le rapport d'expertise rhumatologique du 27 septembre 2013 du Dr F._____ pour retenir que l'assurée disposait d'une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (d'une capacité de 60% dans le cadre des activités ménagères). C'est sur cette base que l'intimé a nié le droit à la rente d'invalidité. La recourante, de son côté, a contesté le positionnement de l'OAI en se prévalant de l'avis de ses médecins traitants, soit en particulier les Drs U._____, I._____ et M._____. a) Il convient en premier lieu de s'arrêter sur les atteintes somatiques de la recourante. aa) A la suite de l'arrêt cantonal susdit du 19 mars 2013, l'assurée a fait l'objet d'investigations supplémentaires au niveau rhumatologique – aspect sur lequel aucun spécialiste ne s'était exprimé jusqu'alors (cf. avis médical SMR du

Dr T. _____ du 28 novembre 2012). Aux termes de son rapport d'expertise du 27 septembre 2013, le Dr F. _____ a retenu des atteintes incapacitantes sous forme de cervico-brachialgies droites chroniques, de lombalgies chroniques et de troubles dégénératifs du rachis. Il a par ailleurs évoqué des douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette, sans impact sur la capacité de travail. Cela étant, le Dr F. _____ a considéré que, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée était de 80% dans une activité légère excluant le port de charges de plus de 5 kg et les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, le travail, et permettant l'alternance des positions assise/debout une fois par heure. Dans les activités ménagères, l'expert a estimé que la capacité de l'intéressée était de 60% en regard des tâches assumées pouvant impliquer le rachis (cf. rapport d'expertise du 27 septembre 2013 pp 6 ss). Il est vrai qu'aucun avis médical au dossier ne vient contredire l'appréciation de l'expert F. _____. Notamment, quoi qu'en dise la recourante, l'avis de ses médecins généralistes traitants successifs (Drs U. _____ et M. _____) ou de son psychiatre le Dr I. _____ ne contiennent aucun élément déterminant du point de vue strictement rhumatologique. Plus particulièrement, dans ses prises de position ultérieures à l'expertise (des 23 juin et 4 août 2014), le Dr M. _____ s'est contenté d'insister sur les comorbidités de l'assurée se surajoutant à la problématique rhumatologique. Pour autant, l'évaluation de l'expert F. _____ peine à convaincre. De fait, ce dernier a souligné que l'examen clinique restait principalement marqué par l'obésité morbide de la recourante (avec un IMC à 54) et ses conséquences, l'embonpoint constituant une entrave pour les déplacements et les mobilisations comme pour l'habillage et le déshabillage. On pouvait dès lors s'attendre à ce que ce paramètre soit englobé dans le raisonnement médical de l'expert. La jurisprudence considère en effet que l'obésité n'est pas en soi constitutive d'invalidité mais que celle-ci doit toutefois être admise si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (cf. TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.3 et 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.1 ; cf. TFA I 583/82 du 17 octobre 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 359). Au cas d'espèce, du moment que les résultats de l'examen clinique rhumatologique étaient influencés – « principalement » aux dires de l'expert – par le surpoids de l'assurée, il s'imposait en conséquence de déterminer plus spécifiquement l'amplitude de cette interaction, notamment quant au rôle de l'obésité dans l'apparition des troubles rhumatologiques constatés, et, surtout, d'examiner dans quelle mesure il y avait lieu d'exiger de l'intéressée un effort en vue d'une réduction de l'excédent de poids – étant noté qu'au cours des dernières années, la tendance est allée à une augmentation constante de l'IMC de l'assurée (IMC de 45 en 2011 [cf. rapport du Dr U. _____ du

E. 9

a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. b) 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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'OAI.

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