

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 210 vom 3. März 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-03-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__210

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 210 du 3 mars 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 210 del 3 marzo 2017

Regeste

TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, DÉCISION DE RENVOI | 28 al. 1 LAI

Erwägungen

E. 3

Y a-t-il un traitement médicamenteux, et si oui, lequel ? Selon ce que vous savez, est-il suivi par Mme W._____ ? Le traitement psychotrope actuel de la patiente a dû être adapté à plusieurs reprises en raison d'effets secondaires de type gastro-intestinal ayant nécessité une investigation et aboutissant à une hospitalisation en milieu psychiatrique à l'Hôpital de [...] du 29.06.2015 au 10.07.2015. Ce traitement est le suivant : Paroxétine 20 mg cpr 2-0-0-0 Lyrica 50 mg cpr 2-0-2-0 Seroquel 25 mg cpr 3-4xjour en réserve La compliance médicamenteuse de Mme W._____ sentie bonne, vu la diminution des symptômes anxieux depuis la dernière adaptation du traitement psychotrope et l'introduction du Lyrica.

E. 4

Selon vos constatations, votre diagnostic et les médicaments prescrits, Mme Lucie W._____ possède-t-elle une capacité de travail ? Si oui, pour quel(s) type(s) de travaux ? Et dans quelle mesure (temps complet, partiel, quel pourcentage) ? Selon notre appréciation, la patiente devrait bénéficier d'une reconnaissance par l'AI et ne paraît plus apte à travailler dans l'économie libre. Des travaux occupationnels dans un milieu protégé à temps partiel nous sembleraient être la perspective la plus adaptée pour elle et auxquels elle sera apte à adhérer.

E. 5

Quel pronostic posez-vous sur la situation future de Mme W._____ ? En ce qui concerne la santé psychologique de notre patiente, le pronostic reste réservé, vu l'anamnèse familiale chargée de maladies psychiatriques et ses propres troubles psychoneurologiques bien présents depuis l'enfance.

E. 6

Des mesures de réinsertion de l'AI vous semblent-elles compatibles avec l'état de Mme W._____ ? Malgré que nous restions réservés par rapport à une réinsertion professionnelle chez cette patiente, une tentative peut cependant toujours être organisée dans le cadre de l'AI (pour rappel : le dernier essai dans des ateliers protégés aux J._____ a échoué).

E. 7

Quel est votre pronostic à bref, moyen et long terme ? En particulier, y a-t-il des chances de rémission complète ? Notre pronostic à bref, moyen et long terme reste réservé. Dans le meilleur des cas, avec le temps et l'amélioration des conditions de vie actuelles (plus d'ancrage de la patiente dans un réseau social stable), nous ne pouvons espérer qu'une rémission partielle.

E. 8

Mme W. _____ a-t-elle déjà été soignée pour cette (ces) maladie(s) par le passé ? Si oui, quand ? A notre connaissance, et selon les dires de la patiente, elle n'a jamais bénéficié d'aucune aide psychologique spécialisée antérieure, raison pour laquelle son handicap psychique est resté sous-estimé et non reconnu. » Invité à se déterminer, l'intimé a maintenu ses conclusions le 2 mai 2016 et produit un avis médical du SMR d u 27 avril 2016 qui conclut ne pas disposer de raisons valables de s'écarter des résultats du B. _____. La recourante a maintenu ses conclusions le 26 mai 2016. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. 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 interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). c) La question à examiner est celle du droit à la rente. 2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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. Selon l'art. 28 al. 1 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. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; 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 (cf. ATF 125 V 256 précité consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ;

114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1). 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 exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et 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 (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_418/2012 du 30 août 2012 consid. 4 et 9C_256/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.1).

c) Dans un arrêt publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées, dont fait notamment partie la fibromyalgie. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 précité consid. 3.4 et 3.5) et a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 précité consid. 4). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 précité consid. 3.7). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 précité consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en

cas de 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 psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (cf. également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4). Le catalogue d'indicateurs doit être appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondre aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 précité consid. 4.1.1). Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, ainsi qu'un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 précité consid. 4.3, 4.4 et les références citées). Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues lorsque l'ancienne jurisprudence était applicable. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires le cas échéant, en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas au regard des indicateurs déterminants (TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et les références citées).

3. a) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, le Dr G._____ a notamment posé les diagnostics d'anxiété généralisée, de trouble panique et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission. Il a également retenu le diagnostic de somatisation dès lors que la symptomatologie d'allure somatique, faite de vertiges, nausées et pertes de connaissance n'a pas de substrat organique. L'expert explique que, depuis septembre 2011, la recourante ne prend plus d'antidépresseur, ni ne suit de psychothérapie, qu'elle ne se sent plus déprimée et peut gérer, par la relaxation, ses attaques de panique occasionnelles. L'expert fait toutefois abstraction des problèmes rencontrés par la recourante lors du stage à la J._____ qui a dû être interrompu à cause des vertiges selon le rapport de cette J._____. Une exagération des symptômes est à exclure, la bonne volonté de la recourante n'étant mise en doute par aucune des personnes l'ayant suivie. L'expert mentionne en outre que la recourante se promène avec son chien plusieurs heures par jour mais aussi qu'elle rencontre rarement des amis parce qu'elle évite de sortir craignant que les vertiges ne se déclenchent, ce qui apparaît totalement contradictoire. On ne peut pas dire non plus que la recourante ne suit plus de psychothérapie, ce qui laisserait entendre que son état s'est amélioré, alors que les Dresses H._____ et Q._____ mentionnent qu'à leur connaissance, et selon les dires de la patiente, elle n'a jamais bénéficié d'aucune aide psychologique spécialisée antérieure, raison pour laquelle son handicap psychique serait resté sous-estimé et non reconnu. Enfin l'expert examine les critères – tels qu'existants lors de l'ancienne jurisprudence – relatifs aux troubles somatoformes de façon laconique en se limitant à des affirmations sans autre explication. Il n'est ainsi pas possible de statuer en connaissance de cause sur le plan psychiatrique.

b) Sur le plan somatique, le diagnostic de maladie de Ménière a été posé par le Dr E._____. Ce diagnostic est réfuté par l'expert. Celui-ci ne nie pas l'existence des vertiges mais ne donne toutefois aucune explication à ces troubles, se limitant à constater qu'ils ne sont pas liés à une atteinte vestibulaire. Il ne

résulte pas de l'expertise qu'il ait cherché à savoir si ces troubles étaient dus à une autre affection de l'oreille de la recourante. Cette analyse extrêmement sommaire, apparaît insuffisante. Au final, il apparaît que l'expertise tant sur le plan psychiatrique que somatique ne permet pas d'apprécier valablement les atteintes à la santé de la recourante et leurs répercussions sur sa capacité de travail. La Cour de céans ne dispose au demeurant pas d'informations médicales suffisantes pour trancher la question du droit aux prestations de la recourante en toute connaissance de cause. Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, dès lors qu'il lui appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend en effet 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). Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise tant sur les plans somatique que psychique (art. 44 LPGA). L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. c) Au vu de ce qui précède, l'audition de témoins apparaît superflue et la requête en ce sens doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 1153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du

E. 10

février 2014). 4. En conclusion, le recours est admis dans le sens que la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction, puis nouvelle décision. La recourante, qui obtient gain de cause, a agi avec le concours d'un mandataire professionnel et a dès lors le droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), à savoir à une participation aux honoraires et débours indispensables (art. 7 al. 2 TFJAS [tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales]) de son conseil. Au regard de l'importance et de la complexité du litige, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 7 al. 3 TFJAS). En outre, un émolument judiciaire de 400 fr. est également mis à sa charge. La recourante a obtenu le 10 novembre 2015, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. En l'occurrence, Me Michel a chiffré à 22 heures et 35 minutes le temps consacré à ce dossier et ses frais et débours à 150 fr. Après examen, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît toutefois trop important eu égard à la complexité de la cause. Il ressort en particulier de la liste des opérations que 25 courriers et courriels ont été adressés par Me Michel à la recourante, ce qui représente 5 heures vu le temps consacré à chacun d'eux, et paraît dès lors excessif. De même, alors que son intervention est limitée au stade de la réplique, deux séances avec la recourante au lieu de trois apparaissent largement suffisantes. Afin de rapporter les heures dans une mesure raisonnable s'agissant des opérations utiles et nécessaires en l'espèce, le temps total consacré doit être réduit à 17 heures. C'est ainsi un montant de 3'060 fr. (17 heures x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus TVA à 8 % d'un montant de 244 fr. 80. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans

l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant forfaitaire de 100 fr., TVA à 8 % en sus, qui doit être reconnu à ce titre dès lors qu'aucune liste détaillée des débours n'a été produite (art. 3 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 3'412 fr. 80. Cette indemnité étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 2'500 fr., le solde de 912 fr. 80 est provisoirement supporté par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce dernier montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC et art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte du montant payé à titre de dépens.

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