

# **VD\_GERICHTE ZD06.031193 vom 19. Januar 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-01-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD06.031193](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD06.031193)

FR: VD\_GERICHTE ZD06.031193 du 19 janvier 2010

IT: VD\_GERICHTE ZD06.031193 del 19 gennaio 2010

## **Erwägungen**

### **E. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la notification (art. 38 al. 2 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). En l'espèce, le recours interjeté le 27 octobre 2006 contre la décision du 25 septembre 2006, qui a été notifiée le 26 septembre 2006 au plus tôt, l'a été en temps utile auprès du tribunal compétent. Pour le surplus déposé dans les formes prévues par la loi, le recours est donc recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire 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 manifestement supérieure à 30'000 fr.

- 7 -

### **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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le degré d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement

être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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 261 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 (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et les références citées).

- 8 - c) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

### **E. 2.1**

Si oui, par quelles mesures (p. ex. mesures médicales. moyens auxiliaires, adaptation du poste travail)? Non. Les mesures médicales n'ont pas permis de préserver la capacité de travail. D'autres mesures sont également vouées à l'échec. [...]

### **E. 2.2**

Description précise de la capacité résiduelle de travail Il est difficile de décrire la capacité résiduelle de travail de cette expertisée. Du point de vue psychiatrique, il est vraisemblable que l'expertisée pourrait être capable de travailler dans une activité à temps partiel, de l'ordre de 25% à 30%, sans responsabilité importante et sans exigences de rendement importantes. Elle n'est vraisemblablement plus capable d'exercer une activité de secrétaire ou d'employée de commerce.

### **E. 2.3**

L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? L'activité de secrétaire ou d'employée de commerce n'est plus exigible aujourd'hui en raison de l'atteinte à la santé psychique dont souffre l'expertisée. [...]

### **E. 2.5**

Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? L'incapacité de travail a débuté en janvier 2004. Il faut vraisemblablement considérer que dès ce moment-là l'incapacité de travail a été totale.

### **E. 2.6**

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Depuis lors, la capacité de travail n'a pas vraiment évolué même si l'état de santé psychique s'est légèrement amélioré.

### **E. 3**

D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'expertisée?

#### **E. 3.1**

Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? L'expertisée ne doit pas exercer de responsabilité et les exigences de rendement d'une activité professionnelle doivent être adaptées à l'état de santé psychique de l'expertisée.

#### **E. 3.2**

Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (p.ex. heures par jour)? Cette expertisée pourrait vraisemblablement travailler de 25% à 30% au plus dans un environnement protégé.

#### **E. 3.3**

Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure? Le rendement dans une telle activité est difficile à estimer. Il est vraisemblable qu'il pourrait être dans la norme". b) La Cour est en présence de deux rapports médicaux contradictoires. Le premier - établi par le SMR - estime qu'il n'y a pas de trouble de la personnalité sévère équivalant à une maladie mentale, l'assurée ayant bien fonctionné pendant la plus grande partie de la vie professionnelle. Le second - à savoir l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ - retient un grave trouble de la personnalité qui n'est pas perceptible de manière immédiate mais qui ressort clairement de son anamnèse (expertise, p. 8 avant-dernier paragraphe). Le Dr K. \_\_\_\_\_ ajoute que ce trouble a

- 11 - conduit à un épuisement des capacités d'adaptation de l'intéressée à partir de janvier 2004, et que depuis lors, celle-ci n'est plus à même de travailler, dans quelque activité que ce soit dans le monde économique, sauf dans un environnement protégé tel que celui qu'elle connaît aujourd'hui (p. 8 dernier paragraphe). Au vu du dossier, on doit retenir que l'expertise du 22 juin 2009 du Dr K. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH et spécialiste reconnu, a une valeur probante supérieure au rapport du 4 juillet 2006 du Dr T. \_\_\_\_\_ du SMR établi à la suite de l'examen psychiatrique du 15 mars 2006. En premier lieu, le Dr K. \_\_\_\_\_ a procédé à 3 entretiens de près d'une heure chacun, comme le relève du reste le SMR dans son avis médical du 14 août 2009. L'expertise contient ensuite une anamnèse professionnelle et sociale, longue de plus de deux pages, décrit de façon précise l'évolution de la maladie ainsi que les résultats des thérapies entreprises, contient un status clinique (status psychique) précis et détaillé de même qu'un diagnostic - de personnalité paranoïaque - au sens de la CIM-10. Enfin, et surtout, l'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_, dans sa partie "appréciation du cas et pronostic" dresse une motivation, longue de trois pages, convaincante et dûment étayée de l'état de santé de l'assurée, spécifiquement de sa capacité

de travail, en relation avec l'anamnèse décrite par cet expert. Les réponses aux questions, précises et exemptes de contradictions, font également partie de l'expertise. On doit aussi observer que les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_ correspondent à celles du Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au département universitaire de psychiatrie pour adultes. En effet, dans son rapport du 25 février 2005, ce praticien a retenu le diagnostic de personnalité à traits paranoïaques - qui est très proche, sinon identique, à celui de personnalité paranoïaque posé par le Dr K. \_\_\_\_\_ - et a indiqué qu'il était difficilement envisageable de penser que l'assurée puisse un jour reprendre une activité professionnelle au sein du R. \_\_\_\_\_, ajoutant qu'il lui serait extrêmement difficile de faire face à une réadaptation professionnelle. On retiendra donc que l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ s'agissant de l'état de santé de l'assurée, y compris l'incidence sur la capacité de travail, est corroboré par

- 12 - celui du Dr Q. \_\_\_\_\_, également psychiatre. Pour sa part, même si elle n'est pas psychiatre, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a donné aussi un avis défavorable sur la possibilité de reprendre une activité professionnelle et a relevé des traits paranoïdes, une rigidité de la pensée et une tendance interprétative (rapport du 25.03.2009). Quant à l'examen du Dr T. \_\_\_\_\_, lui aussi psychiatre FMH, il contient certes une anamnèse complète - notamment familiale, personnelle, professionnelle, psychosociale et psychiatrique - et un status psychiatrique. Toutefois, l'appréciation du cas est moins convaincante et surtout moins fouillée que celle du Dr K. \_\_\_\_\_, donnant de surcroît l'impression que la gravité est faible, alors que l'anamnèse comparée des deux documents montre que les conflits professionnels auxquels l'intéressée a été confrontée ne sont pas simplement à mettre sur le compte de difficultés passagères, mais révèlent un trouble grave comme le démontre l'expert K. \_\_\_\_\_, certes mandaté par l'intéressée elle-même. En particulier, l'assertion du Dr T. \_\_\_\_\_ selon laquelle "l'assurée présente certains traits d'un trouble de la personnalité, mais qui n'ont pas de valeur de maladie psychiatrique, l'assurée ayant bien fonctionné pendant la plus grande partie de sa vie professionnelle", peu précise, manque de conviction et semble surtout passer sous silence l'importance du vécu de l'assurée ressortant de l'anamnèse, en particulier ses difficultés professionnelles au sein du R. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, le rapport du 14 août 2009 du SMR, bien que cosigné par le Dr O. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH au SMR, n'est pas de nature à remettre en question ce qui précède. On relèvera que, dans son expertise du 22 juin 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a mis en exergue, aussi bien dans l'anamnèse que dans l'appréciation du cas et pronostic, des troubles de la personnalité, le caractère répétitif de l'exclusion, un sentiment de rejet et des difficultés dans les relations interpersonnelles, indiquant que ces troubles existaient également en partie dans l'enfance et l'adolescence de l'expertisée (p. 6). Le Dr T. \_\_\_\_\_ n'a pour sa part pas suffisamment tenu compte de ces éléments. En outre, le fait que l'assurée ait présenté les diagnostics de troubles de l'adaptation en 1993 et 2004 (Dr T. \_\_\_\_\_,

- 13 - 04.07.2006, p. 5) ne saurait en soi justifier qu'elle n'ait plus pu présenter, par la suite, de périodes d'incapacité de travail durable. Enfin, lorsque le SMR soutient que l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ est "inimaginable" dès lors que ce praticien ne retient pas une incapacité de travail totale, on relèvera que, dans certains cas, le diagnostic de personnalité paranoïaque - retenu par cet expert - peut justifier une incapacité de travail partielle (par exemple TF 9C\_183/2007 du 3 avril 2008; TF 9C\_303/2007 du 1er février 2008 et TF I 645/04 du 26 septembre 2005). Au demeurant, le Dr K. \_\_\_\_\_ a mis en évidence un sentiment de solitude et d'incapacité de partager sa vie, relevant la pauvreté des relations sociales et soupçonnant à cet égard un vide abyssal (expertise du 22.06.2009, p. 7), de sorte que les

troubles psychiques de l'assurée ont également, de l'avis de l'expert, une répercussion dans le domaine relationnel non spécifiquement professionnel. c) Dès lors, les conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_ emportent la conviction de la Cour et doivent être retenues. A l'instar de l'expert, on retiendra que l'assurée présente une capacité de travail résiduelle de 25 % à 30 % sans responsabilité importante et sans exigences de rendement importantes, dans un environnement protégé. A relever que, de l'avis de l'expert, l'intéressée n'est vraisemblablement plus capable d'exercer une activité de secrétaire ou d'employée de commerce (p. 9 et 11).

#### **E. 4**

a) Reste à déterminer le droit à la rente, compte tenu du degré d'invalidité. La Dresse H.\_\_\_\_\_ ayant retenu une incapacité de travail de 100 % à compter du 13 janvier 2004, on retiendra que l'assurée peut prétendre à une rente à partir de janvier 2005, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI). Le questionnaire pour l'employeur du 23 février 2005 a retenu un revenu sans invalidité de 110'251 fr. 30 depuis janvier 2004. Selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), les femmes effectuant des activités simples et répétitives pouvaient prétendre en 2004 à un revenu de 3'893 fr. par mois ou 46'716 fr. par an (TF 9C\_536/2008 du 14 novembre 2008 consid. 3.2); compte tenu de la durée hebdomadaire de travail en 2004 (41.6h) et d'un taux de travail maximal de 30 %, on retiendra un revenu d'invalidé de 14'575 fr. 40. La

- 14 - comparaison des revenus conduit à un degré d'invalidité de 86.77 %, ce qui donne droit à une rente entière (art. 28 LAI). Au demeurant, la capacité de gain ne peut être exercée que dans un environnement protégé et sera donc négligeable. b) La recourante a donc droit à une rente entière à compter du 1er janvier 2005, ce qui conduit à l'admission du recours et à l'annulation de la décision attaquée du 25 septembre 2006. Le dossier sera renvoyé à l'OAI pour fixer les prestations légales.

#### **E. 5**

a) 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. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA- VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. L'avance de frais de 1'000 fr. versée par la recourante lui sera donc restituée. b) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 (RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse. En l'espèce, il y a lieu de fixer ces dépens à 2'000 fr.

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