

VD_GERICHTE ZD08.034689 vom 15. September 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-09-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.034689

FR: VD_GERICHTE ZD08.034689 du 15 septembre 2010

IT: VD_GERICHTE ZD08.034689 del 15 settembre 2010

Erwägungen

E. 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 (art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (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

- 20 - 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

b) Aux termes de 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.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA).

E. 3

et les références). b) En l'espèce, pour supprimer le droit de la recourante à une rente d'invalidité, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire des Drs J. _____ et G. _____, respectivement spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation et spécialiste FMH en psychiatrie du COMAI de Genève. Or, la recourante conteste les conclusions de cette expertise en ce qui concerne son état de santé psychique qui, loin de s'améliorer se serait péjoré. Elle se réfère sur ce point à l'avis médical de ses médecins traitants et en particulier à celui de la Dresse H. _____, psychiatre traitant. L'expertise bidisciplinaire du COMAI se fonde sur une étude circonstanciée de tous les points litigieux importants, sur un examen attentif de l'ensemble des avis médicaux précédemment versés au dossier, sur une anamnèse complète, ainsi que sur les examens cliniques effectués par les experts rhumatologue et psychiatre. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les experts exposent de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles ils s'écartent le cas échéant des

conclusions des médecins traitants de la recourante. Ainsi, sur le plan purement rhumatologique, les experts indiquent qu'il n'existe pas de pathologie objective ou de

- 23 - limitation fonctionnelle justifiant une restriction de la capacité de travail de la recourante dans son travail d'aide familiale. Ils expliquent que la recourante présente une vraisemblable fibromyalgie si on tient compte des douleurs chroniques touchant le rachis et les quatre extrémités associées à plus de 11/18 points d'insertionite, d'autant qu'il existe également des critères mineurs tels qu'un état de fatigue, un sommeil non réparateur, des céphalées, des troubles de la concentration et de la mémoire. Cela étant, les experts exposent que, si une partie des symptômes présentés par la recourante pourraient également être le reflet de troubles thymiques dans le cadre d'un état dépressif chronique, l'expert psychiatre estime que le trouble dépressif récurrent que présente la recourante est actuellement en rémission, de sorte que la recourante ne présente plus d'épisode dépressif majeur et que le trouble panique n'est pas sévère. Pour cette raison, il ne retient pas d'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique. Il considère que si le trouble dépressif récurrent sera probablement encore responsable de périodes d'incapacité de travail de façon transitoire, l'état de la recourante ne la rend pas incapable de s'adapter à un environnement professionnel et ne contre-indique pas d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle. Notant que son appréciation diverge de celle des Drs H. _____, D. _____ et R. _____, qui retiennent un trouble dépressif récurrent moyen à sévère, le Dr G. _____ relève que les évaluations des médecins traitants concernent la période 2004-2005, soit une période particulièrement pénible pour la recourante en raison d'une séparation difficile d'avec son époux et d'une difficulté à affronter une diminution de sa qualité de vie suite à son divorce. Il estime que la symptomatologie de la recourante n'est actuellement plus évocatrice d'un épisode dépressif. En conclusion, la cour de céans considère que l'expertise bidisciplinaire dont les conclusions sont consignées dans le rapport du 14 août 2007, constitue l'analyse médicale la plus complète et la plus probante de la situation complexe de la recourante.

- 24 -

E. 4

a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5., 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p.

110 s.; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.1). Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Ainsi, le Tribunal fédéral des assurances a maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels ou inversement (ATF 119 V 478 consid. 1b/aa, 113 V 275 consid. 1a et les références). b) Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en

- 25 - force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 469 consid. 2c et les arrêts cités). Ce principe est consacré à l'art. 53 al. 2 LPGA, aux termes duquel l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zürich 2003, ch. 18 ad art. 53). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 349 s. consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (TFA I 302/04 du 27 mars 2006, consid. 4.5, I 632/04 du 23 février 2005 consid. 1.2). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références; DTA 2002 n° 27 consid. 1a p. 181). Cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation (par exemple l'invalidité selon l'art. 28 LAI), dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 389. consid. 3 et les références), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (TF 9C_215/2007 du 2 juillet 2007 consid. 3.2; du 7 mai 2007 I 907/06 consid. 3.2.1).

- 26 -

E. 5

a) Il convient en l'espèce de déterminer si les conditions d'une révision sont remplies. L'intimé a fondé la décision initiale d'allocation de rente du 28 octobre 2003 en se fondant principalement sur le rapport d'enquête ménagère du 10 octobre 2003 qui, sur la base d'une motivation très succincte, retenait un degré d'invalidité de 52,5 %. Si les rapports médicaux dont disposait l'OAI pour prendre sa décision font certes état de façon concordante d'une atteinte à la santé, les incapacités de travail posées par les médecins traitants de la recourante ne permettent pas de déterminer la mesure dans laquelle les empêchements de la recourante étaient liés à son état de santé ou à celui de son époux (voir notamment le rapport médical du 5 mai 2003 des Drs R._____ et C._____ du CPS). Cela ne suffit toutefois pas pour considérer que les conditions d'une révision ne sont pas réunies dans le

cas présent. En effet, il faut constater que, d'un point de vue personnel et économique, la situation de la recourante a évolué, puisque le rapport d'enquête ménagère du 6 octobre 2006 indique que le statut de la recourante est passé de celui de ménagère à 100 % à celui de ménagère à 50 % et d'active à 50 %. En outre, sur le plan médical, si l'expertise bidisciplinaire du 14 août 2007 a confirmé l'existence de la fibromyalgie que présentait la recourante au moment où l'OAI lui a accordé une demi-rente, elle a en revanche infirmé celle d'une comorbidité psychiatrique, le trouble dépressif récurrent étant considéré comme en rémission. Il convient donc d'examiner si les conclusions médicales du rapport d'expertise bidisciplinaire du 14 août 2007 – dont on a vu ci-dessus qu'il avait pleine valeur probante – permettent d'admettre que la situation médicale de la recourante a favorablement évolué et dans une mesure suffisante pour justifier la révision et la suppression de son droit à une rente d'invalidité. b) Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail. De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner. Compte tenu des difficultés, en matière de

- 27 - preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (131 V 49 cons.1.2, 130 V 352 cons.2.2.2). Les critères dégagés par le Tribunal fédéral pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352, p.354 et 131 V 49, p.50) sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65) et au syndrome chronique de fatigue ou à la neurasthénie (Arrêts du TF non publiés du 14.04.2008, [I 70/07], du 01.10.2009 [9C_543/2009], cons.2.4, du 12.01.2009 [9C_676/2008], cons.4.3.1). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : Schaffhauser/Schlauri (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, p.64 s., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail susceptible de conduire à une invalidité au sens de l'article 4 al. 1 LAI (cf. sur ce point Meyer-Blaser, op.cit. p.76 ss, spéc. p.81 scf.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - plus raisonnablement être exigée de

- 28 - l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société. Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et

constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65, cons.4.2 et les références). Dans ce contexte, le diagnostic d'état dépressif (dépression, épisode dépressif etc.) ne saurait faire l'objet d'un diagnostic séparé (constituer une comorbidité psychiatrique), dès lors qu'il apparaît comme l'une des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 cons.3.3.1 in fine p.358). On conclura par ailleurs 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 cons.4.2.2 p.71).

- 29 - Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés au considérant ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 ss cons.2.2.4. et les arrêts cités). Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio- culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 294 cons.5a; VSI 2000 p.149 cons.3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés aux considérants ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 cons.2.2.5).

- 30 - Dans le cas d'espèce, il n'y a pas eu d'expertise au moment de l'octroi de la demi-rente. Peu importe toutefois. Le Tribunal fédéral a en effet considéré que ce n'est que dans l'ATF 132 V 65 (I 336/04 du 8 février 2006) qu'il a jugé qu'une expertise interdisciplinaire tenant compte à la fois des aspects rhumatologiques et psychiques de cette atteinte apparaissait comme la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présentait un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (consid. 4.3 [p. 72] de l'ATF 132 V 65) et que, par conséquent, on ne saurait reprocher à un office de ne pas avoir demandé l'avis d'un psychiatre au moment de se prononcer avant l'arrêt du Tribunal fédéral susmentionné (TF, 9C_567/2009, arrêt du 23 mars 2010). Cela étant, au moment de l'octroi de la demi-rente en 2003, il était fait état d'un trouble dépressif sévère (rapport du CPS du 5 mai 2003). La seule expertise au dossier (rapport du 14 août 2007) pose le diagnostic de fibromyalgie. Il n'y a toutefois pas ou plus de comorbidité psychiatrique, l'état dépressif étant considéré comme en rémission. En outre, rien dans le dossier ne permet de considérer que les autres critères pour admettre qu'une fibromyalgie est invalidante sont réunis. En conclusion, faute d'atteinte à la santé invalidante du point de vue de l'assurance-invalidité, la révision dans le sens d'une suppression du droit à la rente était justifiée.

E. 6

En définitive, mal fondé, le recours doit être admis et la décision entreprise confirmée. Vu l'issue du litige, les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr., sont mis à la charge de la recourante. Il n'est pas alloué de dépens.

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