

VD_GERICHTE ZD09.023819 vom 10. Juni 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.023819

FR: VD_GERICHTE ZD09.023819 du 10 juin 2011

IT: VD_GERICHTE ZD09.023819 del 10 giugno 2011

Erwägungen

E. 1

a) Interjeté le 8 juillet 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours 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). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47). La cause doit en conséquence être tranchée par la

- 10 - cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]), et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

La recourante se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle elle prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale. 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 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; 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 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

- 11 - l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

E. 3

Pour se prononcer sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI, l'intimé s'est fondé sur le rapport du SMR du 6 juillet 2006, dont les conclusions sont basées sur les deux expertises, soit l'expertise rhumatologique du Dr T. _____ et l'expertise psychiatrique de la Dresse K. _____. La recourante en conteste la valeur probante estimant implicitement que les conclusions des experts manquent de neutralité. Elle critique également leurs constatations relatives à l'absence de diagnostic ayant valeur d'invalidité, au motif que d'autres médecins consultés précédemment ont attesté une totale incapacité de travail.

- 12 - a) Les griefs d'ordre général de la recourante sur la valeur probante très relative qu'il conviendrait de reconnaître audit rapport, ainsi que ses critiques relatives à l'absence d'indépendance des Drs T. _____ et K. _____ par rapport à l'intimé, ne reposent sur aucun fait concret allégué et prouvé. Contrairement à l'avis de la recourante, le TASS n'avait pas renvoyé la cause à l'OAI pour expertise au sens de l'art. 44 LPGA, ni exigé d'une autre façon la désignation d'experts externes au SMR. Au contraire, il s'est plutôt rallié aux conclusions de l'intimé dans sa détermination du 8 septembre 2009 relatives à la nécessité d'une nouvelle évaluation médicale. En ce qui concerne plus précisément les critères posés par la jurisprudence pour reconnaître une pleine valeur probante à une expertise, ils sont en l'occurrence remplis. La Dresse K. _____ s'est ainsi appuyée sur les critères d'un système de classification reconnu (CIM- 10). En outre, les conclusions des experts se fondent sur un entretien avec la recourante (qui était assistée d'un traducteur de langue albanaise) et sur les pièces figurant au dossier de l'OAI, en particulier l'expertise du Dr Q. _____ et les rapports médicaux des Drs R. _____ et Z. _____. Le rapport d'expertise repose dès lors sur un examen clinique approfondi et a été effectué en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical de l'intéressée. Les experts ont également décrit et pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Leurs conclusions sont dûment motivées et convaincantes et reposent non seulement sur l'examen effectué lors de l'expertise, mais également sur la prise en compte des rapports des médecins traitants. Sur le plan somatique, l'appréciation du Dr T. _____ ne saurait être remise en cause par l'avis du Dr

R._____ (rapport du 21 mars 2003). L'expert a en effet relevé que les examens radiologiques ne montraient que de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann qui ne pouvaient pas expliquer les douleurs ainsi que leur intensité. Par ailleurs, contrairement à l'avis du Dr R._____ (rapport du 21 mai 2003), il n'existait pas de

- 13 - douleurs à la palpation des divers points typiques de la fibromyalgie ou des masses musculaires des quatre membres. Sur le plan psychiatrique, les conclusions de la Dresse K._____ rejoignent les constatations précédentes du Dr Q._____ (rapport d'expertise du 21 août 2001), à savoir l'absence de troubles psychiatriques et une totale capacité de travail sur le plan psychiatrique. En effet, si les psychiatres précités ont admis que l'assurée présentait une importante souffrance sous forme de difficultés d'intégration, ils ont toutefois estimé qu'elle ne présentait pas d'épisode dépressif, les critères CIM-10 de la dépression n'étant pas remplis. b) Les experts ont également examiné si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par les Drs R._____ et Z._____ pouvait être retenu. Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence p. 358). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles

- 14 - chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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; TF 9C-38/2007 du 8 avril 2008, consid. 3.2). Une expertise psychiatrique s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail

que les troubles somatoformes sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2; Tf du 23 mai 2007 I 533/06 consid. 3.1). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.3). A cet égard, selon le Tribunal fédéral, la mission de l'expert consiste à apporter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée

- 15 - dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (ATF 132 V 65). Dans cet arrêt, la Haute Cour a encore rappelé que l'absence de toute comorbidité psychiatrique n'était pas suffisante pour conclure à l'existence d'une capacité de travail, car si ce critère était d'importance, il n'était toutefois pas exclusif (ATF 132 V 73 consid. 5.1). Compte tenu de l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante, la Dresse K. _____ a examiné si la recourante réunissait en sa personne plusieurs des autres critères consacrés par la jurisprudence. Les éléments anamnestiques récoltés ont démontré que l'intégration sociale était exclusivement exercée au sein de compatriotes et l'éventuel profit tiré de la maladie pouvait être corrélé à l'attitude passive agressive de l'assurée. Le caractère chronique s'étendait depuis l'été 2000, mais l'intéressée ne prenait aucun traitement antalgique au sens strict du terme. L'examen psychiatrique a en outre mis en évidence le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, confirmé par la présence de nombreux signes de non organicité selon Waddell. C'est par conséquent à juste titre que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a pas été retenu. c) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions des Drs T. _____ et K. _____ dont le rapport d'expertise remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'intimé n'a ainsi pas violé le droit fédéral en accordant plus de valeur probante à une expertise bidisciplinaire, qui tenait compte des interactions entre les affections physiques et psychiques de la recourante, qu'à l'avis des médecins traitants, qui s'étaient prononcés sous un angle général dans le cadre d'une relation thérapeutique entre patiente et médecin, se fondant en grande partie sur le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et d'état dépressif, dont on ne saurait déduire l'existence d'une incapacité de travail. Enfin, au regard du déroulement de l'expertise et de son contenu, on ne relève aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité des Drs T. _____ et K. _____. L'examen critique d'un médecin sur l'appréciation médicale d'un confrère ne saurait

- 16 - constituer un motif de prévention si celui-ci étaye son point de vue de manière scientifique et objective. C'est assurément le cas des observations des Drs T. _____ et K. _____ qui ont expliqué pour quels motifs ils jugeaient l'évaluation des Drs R. _____ et Z. _____ non concluante.

E. 4

Pour la période postérieure au rapport bidisciplinaire du 6 juillet 2006, les Drs R. _____ et Z. _____ ont attesté une péjoration de l'état de santé de l'assurée. Invité à donner des précisions sur cette aggravation, le Dr R. _____ a fait état, pour l'essentiel, de troubles gastriques. Dans un avis médical du 18 juin 2008, le Dr X. _____ a toutefois exposé de manière convaincante pour quels motifs ce diagnostic ne modifiait pas l'appréciation

relative à la capacité de travail de l'assurée. Sur le plan psychiatrique, il convient de constater que la Dresse Z. _____ n'a revu l'assurée qu'à partir du mois de mars 2007, après une interruption du suivi en 2005. Elle n'a d'ailleurs attesté un état dépressif sévère qu'à partir de 2007. Dans un rapport du 5 février 2008, elle a en outre précisé que "depuis l'établissement de notre premier rapport le 11 juin 2007, la patiente susnommée a vu une accentuation des troubles liés à son état dépressif avec l'apparition d'angoisses importantes [...]. Ceci nous amène à un diagnostic réactualisé d'épisode dépressif sévère avec idées suicidaires". Au regard du rapport médical précité et de son complément établi le 11 février 2009 par la Dresse Z. _____, on ne peut exclure une péjoration de l'état de santé psychique de la recourante entre le 11 juin 2007 et le 5 juin 2009 (date de la décision litigieuse). Mais compte tenu du délai d'attente d'une année (art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente n'a pu s'ouvrir, cas échéant, que le 1er juin 2008. Pour la période antérieure à cette date, soit jusqu'au 31 mai 2008, la décision doit être confirmée. Un complément d'instruction est en revanche nécessaire en vue d'établir si l'état de santé de l'assurée

- 17 - s'est effectivement péjoré à partir du 11 juin 2007, au point d'entraîner une incapacité de travail et de gain durable pouvant, le cas échéant, ouvrir droit à une rente postérieurement au 31 mai 2008. La cause est donc renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, et nouvelle décision sur le droit aux prestations dès le 1er juin 2008.

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'assurance-invalidité 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, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels 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. La recourante voit ses conclusions partiellement rejetées, pour la période courant jusqu'au 31 mai 2008. Elle encourt par conséquent des frais de justice réduits. Dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat. b) Ayant obtenu partiellement gain de cause, la recourante peut prétendre une indemnité de dépens réduite à la charge de l'intimé (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 1'000 fr., complétée par une indemnité d'office de 700 fr. au titre de l'assistance judiciaire

- 18 -