

VD_GERICHTE ZD10.005337 vom 6. Oktober 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.005337

FR: VD_GERICHTE ZD10.005337 du 6 octobre 2011

IT: VD_GERICHTE ZD10.005337 del 6 ottobre 2011

Erwägungen

E. 4

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 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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 256 consid. 4; TF

- 20 - 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

E. 5

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas

à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré 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

- 21 - de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). La Haute cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2, 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4).

E. 6

a) En l'espèce, sur le plan psychiatrique, se référant à son opposition, la recourante soutient que le rapport d'expertise ne prend pas en compte le fait que, en relation avec ses plaintes, elle pourrait présenter un état dépressif justifiant également l'octroi d'une rente d'invalidité, celle-ci devant prendre une médication importante, soit en particulier des anti-douleurs, des anti-dépresseurs et des somnifères. Il n'y a aucun rapport médical au dossier émanant de spécialistes indiquant que la recourante souffrirait d'un problème psychique. L'expert A. _____ mentionne d'ailleurs s'être entretenu avec le médecin traitant de la recourante, le Dr F. _____, qui lui a mentionné prescrire du Panadol à la recourante. Il n'est dès lors pas établi que la recourante souffre d'une affection sur le plan psychique. b) Sur le plan somatique, l'expert diagnostique un status après luxation postérieure de la hanche droite, un status après fracture de Maisonneuve au membre inférieur droit, une fracture non diagnostiquée au début de la malléole interne droite, des fractures de côtes multiples et un status après algoneurodystrophie du membre inférieur droit. Ces diagnostics sont les mêmes que ceux posés par les autres médecins. L'expert a en outre expliqué que le syndrome d'étirement du nerf

- 22 - sciatique a été évoqué par le Dr P. _____, mais qu'il n'y a aucun document électroneuromyographique prouvant cette neuropathie du sciatique. Sur le plan objectif, l'expert n'a pas constaté de trouble neurologique particulier au membre inférieur droit, sauf peut-être encore une légère insuffisance des moyens fessiers droits, pas de contracture importante de la région lombaire en position debout, ni de pathologie importante au niveau du rachis lombaire. Sur toutes les radiographies qu'il a fait faire, il n'y a aucune image évoquant une fracture de vertèbre. En outre, il n'y a pas de séquelle ostéo-articulaire au niveau de la hanche droite. Le genou a une fonction physiologique et la cheville droite présente un léger défaut de 10° pour l'extension dorsale alors que la flexion plantaire est

symétrique par rapport à gauche. L'expert observe dès lors une discordance entre les plaintes subjectives de la recourante et ses constatations cliniques et radiologiques. Tenant compte des plaintes de la recourante, il a estimé sa capacité de travail nulle dans son activité de femme de chambre et de 50 % dans une activité adaptée. Il a en outre ajouté que compte tenu du temps pendant lequel la recourante n'avait pas travaillé, il lui paraissait difficilement envisageable qu'elle puisse travailler à nouveau. Il a en outre précisé dans son premier rapport qu'il n'avait pas tenu compte du rapport du détective privé parce qu'il ne s'agissait pas d'un document médical. Dans son complément d'expertise, où il a alors tenu compte de l'enquête du détective, il a constaté en visionnant notamment le DVD que la recourante marchait pratiquement sans boiter et sans canne, tirant une petite charrette de commissions laquelle n'apparaissait pas la gêner pour marcher. Il n'a constaté qu'une très légère boiterie du membre inférieur droit lorsqu'elle descendait une rue en pente. Il a également constaté que lorsqu'elle était au marché, la recourante marchait sans aucune gêne apparente ne se tenant jamais la hanche droite avec sa main, n'ayant jamais de canne, se penchant en avant sans problème pour ramasser des objets par terre. La recourante n'éprouvait donc pas la gêne telle que montrée à l'expert lorsqu'elle s'est présentée devant lui le 25 janvier 2008

- 23 - marchant alors en boitant du membre inférieur droit, tenant sa main sur sa crête iliaque droite et avec le genou droit raide. Compte tenu de ces nouveaux éléments, lesquels confirment la première appréciation de l'expert concernant la discrédance entre les plaintes de la recourante et les éléments objectifs constatés, celui-ci relève que le handicap de la patiente est très nettement moins important que ce qu'elle voulait bien dire. Il estime dès lors que la capacité de travail dans l'activité de femme de chambre, est de 50 %. Dans une activité adaptée, il lui paraît, compte tenu de ses constatations actuelles, que la capacité de travail de la recourante doit être considérée comme entière. La modification des conclusions de l'expert est ainsi due à sa prise en compte, dans son complément d'expertise, de la documentation du détective. Il n'y a ainsi pas de contradiction entre l'expertise et son complément, contrairement à ce que soutient la recourante. En outre, dans son appréciation de la capacité de travail, l'expert s'est fondé sur des éléments objectifs, comme il a fonction de le faire, sans prendre en compte des éléments d'ordre social, telle la difficulté pour la recourante de retravailler après une longue période d'inactivité ou sa formation scolaire restreinte, circonstances qui ne relèvent pas de l'Al. Quant à l'obésité de la recourante, l'expert l'a constatée en page 12 de l'expertise retenant une obésité de premier degré. Or l'obésité constatée, en tant que telle, n'est pas prise en compte par l'Al. Enfin, l'expert, spécialiste en orthopédie, a expliqué les motifs pour lesquels la canne doit être tenue de la main gauche et non pas de la main droite. En définitive, l'expertise relate les plaintes de la recourante et comprend une anamnèse. Elle procède d'une étude approfondie du cas de la recourante. Elle ne comporte pas de contradictions et ses conclusions sont claires et bien motivées. Elle n'est mise en doute par aucun rapport médical émanant d'un spécialiste. Elle répond ainsi aux réquisits de la jurisprudence et a donc valeur probante (cf. consid. 5 supra).

- 24 - Force est dès lors d'admettre que l'état de santé de la recourante s'est nettement amélioré et que sa capacité de travail dans une activité adaptée est complète.

E. 7

Quant au calcul du taux d'invalidité tel qu'effectué par l'intimé, il n'est pas critiqué par la recourante. Vérifié d'office, le calcul de celui-ci auquel l'office intimé a procédé ne prête pas le flanc à la critique et doit être confirmé. Il y a dès lors lieu de retenir un taux

d'invalidité de 0,99 %, lequel n'ouvre pas le droit à la rente.

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD). Un émolument judiciaire de 400 fr. est mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; 49 al. 1 LPA-VD).

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