

VD_GERICHTE ZD10.007541 vom 19. Juli 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-07-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.007541

FR: VD_GERICHTE ZD10.007541 du 19 juillet 2010

IT: VD_GERICHTE ZD10.007541 del 19 luglio 2010

Erwägungen

E. 1

mg/j de Colchicine. On peut d'ailleurs se demander si l'on ne

- 4 - devrait pas l'arrêter mais la patiente en a peur puisqu'il lui est arrivé de l'oublier et ressentir le lendemain déjà un gonflement articulaire. J'ai donc convenu avec la fille de la revoir un jeudi matin alors qu'elle aura interrompu la Colchicine depuis 48 heures. Comme tu le sais, la fibromyalgie ne justifie pas d'une incapacité de travail et par voie de conséquence d'une rente d'AI. Présente-elle en revanche une co-morbidité psychologique, car elle paraît en effet dépressive. Peut-être faudrait-il avoir un avis d'un psychiatre?" Dans un rapport du 20 janvier 2009, la Dresse E. _____, psychiatre et ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie, ne retient aucun diagnostic psychiatrique, la capacité de travail étant totale. Dans un projet de décision du 20 avril 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif notamment que la fibromyalgie n'était pas invalidante dans le cas particulier. Il a confirmé ce prononcé par décision rendue le 3 février 2010. B. Le 8 mars 2010 l'assurée recourt contre cette décision, concluant, avec dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour mesures d'instruction complémentaire notamment sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. Elle reproche en substance à l'intimé d'avoir retenu dans la décision litigieuse une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé. Elle produit en particulier: - Un rapport d'expertise du 13 octobre 2008 réalisé par le Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et des maladies rhumatismales, sur demande de l'assurance perte de gains. Dans son expertise médicale, ce praticien, qui a examiné la recourante en date du 2 octobre 2008, indique notamment ce qui suit : "4. Diagnostic exact? Polyarthrite chronique périodique et passagère, inflammatoire, non- érosive, séronégative.

- 5 - Rhumatisme palindromique/Maladie de Behçet incomplète/PR atypique/Spondarthrite/Maladie périodique Obésité (BMI 31) HTA(?)

E. 5

Traitement médical actuel? Des mesures thérapeutiques seraient- elles susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé actuel? Si oui, lesquelles? Depuis quelques mois les arthrites sont plus fréquentes et durent plus longtemps, malgré le traitement de Colchicine. Elle ne prend plus d'AINS mais du Dafalgan à la demande. Le diagnostic reste ouvert. Je me demande si un traitement de fond n'est pas nécessaire étant donné cette évolution défavorable.

E. 6

Quel est le degré de l'incapacité de travail dans la profession habituelle? Quels sont vos pronostics pour une reprise du travail totale dans cette profession? La récurrence d'arthrite et depuis quelques mois «l'installation» d'arthrites chroniques rend toute activité

professionnelle impossible, que ce soit comme nettoyeuse/femme de ménage ou toute autre activité. Le pronostic est défavorable quant à une reprise de travail dans les mois à venir. La situation devrait être réévaluée après quelques mois de traitement de fond (Methotrexate, Salazopyrine ou autre ?).

E. 7

Du point de vue médical, quelles autres activités professionnelles seraient le plus adaptées à l'assuré(e)? Aucune activité professionnelle n'est actuellement possible. Cette patiente est du reste aussi gênée dans ses activités ménagères. Toute activité sédentaire n'est pas envisageable chez cette patiente illettrée, ne parlant pas français et sans aucune formation.

E. 8

Quelle caractéristique une telle activité adaptée doit-elle avoir? Même dans une activité sédentaire elle n'aurait actuellement aucun rendement.

E. 9

Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assuré(e) qu'il/elle exerce une telle activité professionnelle (taux/temps)? Sans raison.

E. 10

Remarques? Cette patiente de 55 ans souffre d'arthrites récidivantes et d'aphtes buccaux depuis de nombreuses années. La symptomatologie était, jusqu'il y a quelques mois, passagère et périodique, supportable. Depuis six à huit mois les douleurs et les arthrites sont chroniques de même que des aphtes buccaux. Même si tous les critères ne sont pas présents (lésion cutanée, trouble circulatoire, trouble digestif, HLAB5 négatif) le diagnostic d'une maladie de Behçet a été évoqué à juste titre. Il faut également penser à une spondarthrite, à une PR ou à un rhumatisme palindromique. Depuis peu la symptomatologie a changé avec apparition d'arthrites symétriques des MCP. Il y a bien des signes pour une fibromyalgie mais cette maladie n'est pas la cause de son incapacité de travail actuelle.

- 6 - Je n'ai pas non plus mis en évidence de signes pour un épisode dépressif. Cette patiente est en revanche inquiète face à ses arthrites qui s'aggravent et persistent. La situation actuelle ne permet aucune activité professionnelle quelconque." - Les rapports des 16 janvier et 29 juin 2009 du Dr B. _____ qui diagnostique le 16 janvier une polyarthrite chronique périodique et passagère, inflammatoire, non-érosive et séronégative (maladie de Behçet incomplète, spondarthrite, rhumatisme palindromique?) et le 29 juin une polyarthrite chronique dans le contexte d'une probable maladie de Behçet et des rachialgies dorsolombaires sur troubles statiques et dégénératifs. Il estime l'incapacité de travail totale dès le 1er juin 2008. Dans sa réponse du 26 avril 2010, l'intimé requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il produit un avis médical établi le 13 avril 2010 par le Dr C. _____ du SMR selon lequel compte tenu des contradictions entre les conclusions des divers médecins, la mise en œuvre d'une expertise se révèle être nécessaire. Dans son écriture du 5 mai 2010, la recourante s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, estimant que l'expertise du 13 octobre 2008 réalisée par le Dr G. _____ remplit tous les critères permettant de lui attribuer valeur probante. Le 20 mai 2010, l'intimé communique maintenir sa requête d'expertise. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1

LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui

- 7 - consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 3 février 2010 par l'OAI. S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, 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) et la cause doit en conséquence être tranchée par la 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 (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation du taux de l'incapacité de gain de la recourante compte tenu de son état de santé. 3. 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,

- 8 - 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. b) 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; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). 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 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2, I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2; TFA I 205/2004 du 26 octobre 2004, consid. 4). 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 confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les

- 9 - médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur 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; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2, 4A_45/2007 du 12 juin 2007, consid. 5.1). De jurisprudence constante, il est admis que le fait pour des organismes d'assurances sociales de mandater des médecins en qualité d'experts ne saurait, à lui seul, prêter le flanc à critiques (TF 9C_344/2007 du 25 mars 2008, consid. 2; TFA I 371/2005 du 1er septembre 2006, consid. 5.3.2 et I 40/2002 du 22 janvier 2003, consid. 3.2). 4. a) Dans le cas présent, dans son rapport du 30 octobre 2008 le Dr F._____, au vu de l'examen clinique et des clichés radiologiques, estime que les douleurs à caractère totalgique présentées depuis en tout cas une année sont imputables à une fibromyalgie et non à la maladie de Behçet qui paraît très bien contrôlée. Ce rhumatologue conclut à une capacité de travail totale. Selon le rapport d'expertise produit en cours de procédure, le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, a examiné la recourante environ trois semaines plus tôt. Ses diagnostics sont différents de ceux de son confrère. Le Dr G._____ admet certes des signes d'une fibromyalgie, mais estime qu'elle n'entraîne pas d'incapacité de travail. En revanche la maladie de Behçet, la récurrence d'arthrite sous forme d'"installation" d'arthrites chroniques entraînent selon lui une incapacité de travail totale dans l'activité de femme de ménage. Ce praticien estime en outre que toute activité sédentaire n'est pas envisageable chez cette patiente illettrée, ne parlant pas français et sans aucune formation. L'illettrisme ou le manque de formation ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité (cf. au sujet de considérations de nature socio-économique, ATF 127 V 294; TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010, consid. 2.2) de sorte que l'appréciation de la capacité de travail effectuée s'en trouve faussée. Au surplus, le Dr G._____ ne décrit pas les limitations fonctionnelles. Les points litigieux importants n'ayant pas fait l'objet d'une étude circonstanciée et au vu de la prise en compte d'éléments étrangers à l'AI dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle, le rapport

- 10 - d'expertise du Dr G._____ ne saurait se voir attribuer pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3b supra). Le rapport du 16 janvier 2009 du Dr B._____ reprend les différents diagnostics posés par le Dr G._____ dans son rapport d'expertise du 13 octobre 2008. Quant au rapport établi le 29 juin 2009 par le Dr B._____ il n'apporte aucun élément médical nouveau en regard du précédent rapport du 16 janvier 2009. b) Compte tenu des diagnostics et conclusions fondamentalement contradictoires des deux spécialistes en rhumatologie ayant examiné la recourante, les pièces médicales au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de statuer en l'état. En de telles circonstances, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire s'avère nécessaire. Pour ce motif il y a lieu dès lors de renvoyer la cause à l'OAI afin que ce dernier en complète l'instruction sur le plan médical en ordonnant une expertise pluridisciplinaire. c) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour

complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire; un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire; il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3; RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

- 11 - En l'espèce, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI; ATF 117 V 282 consid. 4a; TFA I 236/2001 du 5 octobre 2001, consid. 2a; RAMA 1985 n° K 646 p. 235 consid. 4) ainsi qu'à l'art. 69 al. 2 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201) lequel stipule notamment que l'OAI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation – apparaît la solution la plus opportune, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans procède elle-même aux mesures d'instruction nécessaires. 5. a) En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe de 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. Toutefois, en application de l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices en charge de l'exécution de tâches publiques, ainsi que cela est le cas des OAI cantonaux (art. 54 ss LAI). Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir des frais de justice en la cause. Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 800 fr. (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD).

- 12 -

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