

VD_GERICHTE ZD11.024422 vom 7. Juli 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-07-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.024422

FR: VD_GERICHTE ZD11.024422 du 7 juillet 2016

IT: VD_GERICHTE ZD11.024422 del 7 luglio 2016

Erwägungen

E. 18

avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). 5. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet de multiples investigations de son état de santé physique et psychique, ayant été expertisée à trois reprises d'un point de vue pluridisciplinaire.

- 41 - a) L'aspect somatique de sa situation a été évalué par les Drs J. _____ et K. _____ au Centre médical H. _____, par les Drs V. _____ et T. _____, puis par le Dr R. _____ des Hôpitaux S. _____. On observe à cet égard d'importantes divergences diagnostiques. Les Drs J. _____ et K. _____ ont en effet essentiellement attribué la symptomatologie rhumatologique alléguée par la recourante à une « fibromyalgie » en l'absence d'anomalie inflammatoire, tout en retenant également un « diabète de type II », une « dyslipidémie » et une « obésité morbide ». Le Dr V. _____ a pour sa part observé une « arthrose facettaire L4-L5 et L5-S1 », ainsi qu'une « polyarthrite rhumatoïde séronégative », sur la base des tests sanguins et des documents d'imagerie requis par ses soins, tandis que le Dr T. _____ a confirmé la problématique liée au « diabète de type II ». Quant au Dr R. _____, il a retenu une « polyarthrite rhumatoïde séronégative » en sus d'un « syndrome cervical et lombo- vertébral récidivant » et d'un « diabète insulino-requérant », rejoignant pour l'essentiel les constats du Dr V. _____ sur le plan rhumatologique. Compte tenu de la teneur du rapport d'expertise judiciaire rédigé par le Dr R. _____, on ne voit pas de raison de s'écarter des constats de ce praticien, au demeurant confortés par les explications communiquées antérieurement par le Dr V. _____. Le rapport d'expertise du Dr R. _____ satisfait à l'ensemble des réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Fruit d'une analyse approfondie du cas, il rapporte les plaintes exprimées par l'assurée, en dépit des difficultés de communication avec cette dernière, comporte une anamnèse circonstanciée et décrit le contexte

- 42 - médical déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation de l'assurée, une discussion très étayée relativement aux diagnostics retenus, comparés à ceux évoqués par les différents médecins consultés. Ce document aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. On ajoutera au demeurant qu'il s'inscrit dans un contexte pluridisciplinaire, les conclusions de l'expert ayant été débattues au sein d'un consilium. Il n'y a ainsi aucune raison de douter de la pertinence des observations consignées en définitive par le Dr R. _____. Il en va de même de l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée communiquée par ce praticien, considérée comme nulle dans toutes activités, étant donné les importantes limitations fonctionnelles rhumatologiques prises en considération, majorées par un syndrome métabolique allant s'aggravant, quand bien même ce dernier ne s'avère pas en soi incapacitant. Les arguments du Dr EE. _____ eu égard à une

éventuelle capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, alors qu'il n'a pas procédé à l'examen de la recourante, apparaissent en revanche insuffisamment motivés pour ébranler l'opinion du Dr R._____, corroborée par les constats du Dr V._____. On ne voit par ailleurs pas que l'expertise somatique complémentaire, préconisée par le Dr EE._____, soit sérieusement de nature à apporter un nouvel éclairage du cas de l'assurée au vu de l'exhaustivité des investigations précédemment effectuées. Qui plus est, une telle mesure d'instruction s'avère de toute façon superflue eu égard à ce qui suit. b) S'agissant du volet psychique de l'état de santé de la recourante, il a été examiné par les Drs E._____ et I._____, par les Drs W._____ et U._____, ainsi que par les Drs O._____ et P._____.

- 43 - Les constats des Drs E._____ et I._____ ont permis à ces derniers de déduire que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé psychique (cf. Dresse I._____) ou que sa problématique était essentiellement consécutive à des problèmes d'adaptation (cf. Dr E._____), tandis que sa capacité de travail demeurait entière. A l'inverse, les Drs W._____ et U._____, ainsi que les Drs O._____ et P._____ ont retenu un « trouble de la personnalité mixte » et un « trouble dépressif », qui entravent durablement et totalement la capacité de travail de l'assurée. En l'occurrence, aucun motif ne permet d'écarter les conclusions des experts judiciaires, qui rejoignent d'ailleurs celles des experts mandatés par la recourante. En particulier, les Drs O._____ et P._____ se sont largement exprimés sur l'état de « régression psychique et de dépendance » dans lequel se trouvait l'assurée, au demeurant peu accessible à un traitement psychothérapeutique au vu de ses capacités intellectuelles limitées. Ils ont en outre exposé les éléments à l'origine d'une décompensation de son trouble de la personnalité dès le milieu des années 2000. Ce faisant, ils ont largement cautionné les observations cliniques relatées par les Drs W._____ et U._____. En outre, à l'instar de ces derniers, ils ont relevé l'insuffisance de l'anamnèse rapportée par les Drs E._____ et I._____, alors que des événements de vie particuliers sont précisément à l'origine de la symptomatologie présentée par l'assurée. Les experts judiciaires ont par ailleurs dûment justifié les diagnostics retenus, détaillés à l'aune des symptômes présentés par la recourante, tels qu'observés à l'issue de leurs investigations. Ils ont enfin exposé les raisons d'un pronostic extrêmement réservé compte tenu d'une situation figée depuis plusieurs années. Leurs conclusions, prises en consilium pluridisciplinaire, s'avèrent ainsi congruentes avec les résultats des observations relatées dans le rapport d'expertise corrélatif. On ne peut dès lors que constater que le rapport d'expertise judiciaire répond – également en ce qu'il a trait à l'analyse psychiatrique –

- 44 - aux critères posés par le Tribunal fédéral pour être qualifié de pleinement probant et fonder l'examen des droits de l'assurée. Il s'agit ainsi de considérer que la capacité de travail de l'assurée est nulle pour toutes activités, ainsi que l'ont exposé les Drs O._____ et P._____, à l'instar des Drs W._____ et U._____. c) S'agissant du début de l'incapacité totale de travail, les experts ont retenu juin 2007 comme date déterminante, telle que communiquée par la Dresse F._____ (cf. rapport médical de cette praticienne à l'OAI du 28 juin 2010). Or, on observe que les premières informations émanant de la psychiatre traitante à l'adresse de la B._____SA attestent d'une incapacité de travail dès le 19 juillet 2007, laquelle a fondé le versement d'indemnités journalières de la part de cet assureur dès le 18 août 2007 (cf. rapport de la Dresse F._____ à la B._____SA du 20 septembre 2007). En l'absence de contestation de la

recourante sur cette question et au vu du dossier constitué par la B. _____ SA, il s'agit de prendre en considération la date du 19 juillet 2007 comme date déterminant le début de l'incapacité de travail durable. On écartera en revanche l'opinion isolée du Dr FF. _____ du SMR, en ce qu'il estime que la date déterminante devrait être fixée à l'été 2012, soit à la date où les Drs W. _____ et U. _____ ont pu observer cliniquement une décompensation du trouble de la personnalité. Ces spécialistes ont en effet expressément fait remonter cette décompensation à novembre 2006, soit à une date encore antérieure à celle prise en compte par les experts judiciaires. On ne voit en effet aucun élément attestant d'une aggravation à l'été 2012, susceptible d'étayer la position du Dr FF. _____, alors que la situation décrite par la Dresse

- 45 - F. _____, ainsi que par les experts judiciaires et privés, apparaît figée de longue date. d) Vu ce qui précède, il convient de déduire que l'assurée présente une incapacité de travail pour toutes activités et, partant une incapacité de gain, de 100% depuis le 19 juillet 2007. 7. Reste à statuer sur le droit de la recourante au versement d'une rente d'invalidité. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, resp. art. 29 al. 1 LAI jusqu'au 31 décembre 2007). Selon l'art. 28 al. 2 LAI (resp. al. 1 jusqu'au 31 décembre 2007), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. En l'occurrence, le taux d'incapacité de travail, laquelle se confond avec l'incapacité de gain, permet de mettre à jour un degré d'invalidité de 100%. Un tel taux ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. b) Le droit applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, aussi en cas de changement des règles de droit, sauf si des dispositions particulières de droit transitoire en disposent autrement (ATF 136 V 24 consid. 4.3). Le jour auquel la demande de prestations est présentée constitue le fait

- 46 - juridiquement déterminant pour fixer le début du droit à la rente, respectivement le versement de celle-ci (ATF 117 V 23 consid. 3b). Depuis le 1er janvier 2008 (date d'entrée en vigueur de la 5ème révision de la LAI), la rente ne prend naissance qu'après l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI ; RO 2007 5129 ss). Avant le 1er janvier 2008, ce délai d'attente n'existait pas et une rente pouvait être accordée pour une période en principe de douze mois antérieure à la demande (RO 1987 447 ss et ancien art. 48 al. 2 LAI ; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2ème éd. 2010, ad art. 29 LAI, p. 360/361). A la différence de l'art. 29 al. 1 LAI, l'art. 48 al. 2 aLAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) prévoyait que si l'assuré présentait sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPG, n'étaient octroyées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles étaient allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présentait sa demande dans les douze mois dès le moment où il en avait eu connaissance. Le Tribunal fédéral a précisé que l'application de l'art. 48 al. 2 aLAI au-delà du 1er janvier 2008 suppose non seulement que le délai d'attente d'une année ait

commencé à courir avant le 1er janvier 2008 mais également que la demande de prestations ait été déposée jusqu'au 31 décembre 2008 (soit dans les douze mois prévus par l'art. 48 al. 2, première phrase, aLAI ; TF 9C_896/2014 du 29 mai 2015 consid. 4 ; 9C_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3). In casu, la demande formelle de prestations AI a été déposée par l'assurée le 20 août 2009, tandis que le délai de carence ouvrant le droit à la rente est échu depuis le 19 juillet 2008. L'ancienne règle contenue à l'art. 48 al. 2 aLAI ne peut dès lors s'appliquer au cas particulier étant donné la jurisprudence précitée.

- 47 - A défaut, contrairement à ce que conclut la recourante, le versement de la rente entière d'invalidité ne peut entrer en ligne de compte avant le mois de février 2010, soit à l'issue du délai de six mois à compter de la date de dépôt de la demande de prestations corrélative. 8. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours doit être partiellement admis. La décision du 10 janvier 2011 doit être réformée, en ce sens que la recourante peut prétendre le versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 1er février 2010. 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de l'intimé débouté, sont arrêtés à 400 francs. b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, la recourante, qui obtient gain de cause dans une large mesure, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient d'arrêter à 4'000 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

- 48 -

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