

VD_GERICHTE ZD11.025107 vom 2. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.025107

FR: VD_GERICHTE ZD11.025107 du 2 mars 2012

IT: VD_GERICHTE ZD11.025107 del 2 marzo 2012

Erwägungen

E. 5

En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 21 août 2009 par l'assurée. Nonobstant un premier projet de décision allant dans le sens d'un refus d'enter en matière (cf. projet de décision du 2 novembre 2009), l'office a en définitive examiné l'ensemble des pièces médicales versées au dossier jusqu'à la date de la décision litigieuse du 7 juin 2011. Sur cette base, il a considéré que l'état de santé physique et psychique de l'intéressée ne

- 22 - s'était pas aggravé depuis la décision sur opposition du 12 décembre 2006 – appréciation que l'assurée réfute. Il y a dès lors lieu d'examiner si un changement notable de circonstances propre à influencer le degré d'invalidité – et partant le droit à la rente – de l'assurée s'est produit depuis la première décision de l'OAI prononcée le 12 décembre 2006, et confirmée par jugement du TASS du 24 janvier 2008. a) Pour statuer sur les prétentions de l'assurée dans le cadre de la première procédure AI, l'office s'est essentiellement fondé sur les rapports d'expertise des 24 mars et 23 septembre 2004 de la psychiatre W. _____ – non sans s'être tout d'abord référé au constat du 19 mai 2003 du Dr H. _____, dont il ressortait que les lombalgies de l'assurée étaient d'origine somatoforme douloureuse. Les diagnostics posés par l'expert psychiatre W. _____ étaient ceux de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée de degré moyen et de trouble somatoforme douloureux. Selon cette spécialiste, l'incapacité de travail induite par ces affections était de 100% de janvier à décembre 2003, puis de 50% de janvier à septembre 2004. Constatant cependant que la thymie de l'assurée s'était améliorée au jour de la seconde expertise (soit le 15 septembre 2004), la Dresse W. _____ estimait que l'intéressée disposait dès cette date d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, quand bien même le pronostic demeurait mauvais pour des raisons essentiellement socioculturelles. Cela étant, aux termes de sa décision sur opposition du 12 décembre 2006, l'OAI a retenu que l'assurée pouvait certes prétendre à une demi-rente d'invalidité depuis le 1er janvier 2004, mais que cette prestation devait cependant être supprimée dès le 30 décembre 2004, l'intéressée ne présentant aucune atteinte invalidante au-delà du mois de septembre 2004. Dans son jugement du 24 janvier 2008, le TASS a confirmé l'appréciation de l'OAI. Sur le plan somatique, ce tribunal a retenu qu'il n'était pas contesté que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle celle exercée auprès de son dernier

- 23 - employeur (ouvrière à l'emballage). Sur le plan psychique, le TASS a estimé qu'il était justifié de supprimer la demi-rente d'invalidité avec effet au 30 décembre 2004, dès lors que selon les expertises pleinement probantes de la Dresse W. _____, l'assurée disposait depuis septembre 2004 d'une entière capacité de travail, ensuite de l'amélioration de sa thymie et sous réserve d'une meilleure compliance médicamenteuse. b) Se fondant sur le rapport d'expertise orthopédique du Dr F. _____ du 21 mars 2011, l'OAI considère

que la recourante ne présente toujours pas d'atteintes invalidantes sur le plan somatique. aa) Dans son compte-rendu, l'expert retient que les pathologies de l'assurée sont – sans exception – dépourvues d'influence sur la capacité de travail. Plus particulièrement, le Dr F. _____ considère que l'intéressée présente certes des troubles dégénératifs des genoux (gonarthrose primaire bilatérale débutante prédominant sur les compartiments fémoro-tibiaux internes) et de la colonne lombaire (lombo- cruralgies bilatérales avec arthrose facettaire pluri-étagée et discopathies débutantes L4-L5 et L5-S1) engendrant diverses limitations fonctionnelles («Travail sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges. Doit éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter de s'accroupir, de se mettre à genoux, de monter ou descendre les escaliers et/ou les ports de charges à répétition»). Il estime cependant que ces différents paramètres ne diminuent aucunement la capacité de travail de l'assurée dans un poste adéquat, tel que celui qu'elle occupait précédemment en tant qu'ouvrière d'usine. Cela étant, le Dr F. _____ retient que depuis le 17 janvier 2003, la recourante dispose d'une entière capacité de travail dans son ancienne profession comme dans une activité adaptée. Ce rapport procède d'un examen détaillé des pièces médicales déterminantes et repose sur un examen clinique complet. Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants. L'appréciation de la situation médicale est bien expliquée, et les conclusions l'expert sont motivées de manière cohérente et convaincante.

- 24 - Il y a dès lors lieu d'admettre que le rapport d'expertise du Dr F. _____ du 21 mars 2011 répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des rapports médicaux (cf. consid. 3c supra). bb) A cela s'ajoute que le dossier de la cause ne renferme aucun avis médical pertinent susceptible de mettre en doute les conclusions du rapport du Dr F. _____. Il en va notamment ainsi des rapports du Dr J. _____. A ce propos, dans son constat du 23 novembre 2009, ce médecin signale l'apparition d'éléments objectifs depuis son précédent rapport du 27 février 2004; il mentionne ainsi une chondropathie fémoro-patellaire extérieure et tibio-fémorale intérieure, ainsi que de lombalgies sur troubles dégénératifs L4-L5 et L5-S1. Puis, dans un compte-rendu du 9 août 2010, il pose les diagnostics incapacitants de rachialgies sur arthrose lombaire depuis 2002, et de gonalgies bilatérales prédominante à droite dans le cadre d'une chondropathie fémoro-patellaire depuis une date antérieure à 2006; il insiste plus particulièrement sur la survenance puis l'aggravation des gonalgies principalement à droite, et sur l'aggravation des lombalgies connues anciennement dans le cadre d'une arthrose lombaire. Il résulte de ce qui précède que le Dr J. _____ pose des diagnostics somme toute superposables à ceux retenus par le Dr F. _____, mais qu'à l'inverse de l'expert du SMR, il retient que les pathologies en question sont incapacitantes. Cela étant, force est de constater que les avis du Dr J. _____ se distinguent par leur caractère très sommaire – pour ne pas dire lacunaire, dans la mesure où ce praticien se contente en définitive de mentionner des atteintes antérieures à la décision sur opposition du 12 décembre 2006, tout en évoquant une aggravation depuis une date indéterminée. En outre, en tant que généraliste, ce médecin ne peut se prévaloir de connaissances spécifiques en matière d'orthopédie, contrairement au Dr F. _____. Par ailleurs et surtout, le Dr J. _____ n'avance aucun élément pertinent dont l'expert

- 25 - n'aurait pas tenu compte et qui permettrait de reconnaître un caractère invalidant aux atteintes de l'intéressée. Il se limite ainsi à exposer succinctement sa propre appréciation de la situation, sans étayer son point de vue par des éléments objectifs concrets dont l'expert

n'aurait pas eu connaissance, et justifiant de s'écarter de la capacité de travail fixée par le Dr F. _____ à 100% dans l'ancienne activité de la recourante, réputée adaptée. Pour ces motifs, on ne peut considérer les conclusions du Dr J. _____ comme probantes. Il convient donc de donner la préséance à l'analyse approfondie et détaillée effectuée par le Dr F. _____. cc) On ne saurait en outre suivre la recourante lorsqu'elle allègue que le mandat d'expertise aurait dû être confié non pas au Dr F. _____ du SMR, mais à un organisme indépendant de l'administration. En effet, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et TF 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2). Il convient d'ordonner une telle expertise uniquement si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Or, en l'espèce, rien au dossier – y compris les avis du Dr J. _____ – n'incite à douter des conclusions pleinement probantes du Dr F. _____ (cf. consid. 5b/aa et bb supra). Partant, le grief soulevé par la recourante doit être écarté. dd) Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAI a retenu, se fondant sur l'appréciation du Dr F. _____, qu'entre la décision sur opposition du 12 décembre 2006 (confirmée par le TASS le 24 janvier 2008) et la décision litigieuse du 7 juin 2011, l'état de santé physique de l'assurée n'avait pas connu de changement notable propre à influencer le degré d'invalidité. c) Au plan psychiatrique, après analyse des rapports médicaux de l'UPA des 8 octobre 2009 et 24 janvier 2011, le SMR – et,

- 26 - corollairement, l'OAI – retient, dans ses avis des 28 octobre 2009 et 8 février 2011, que l'état de santé de la recourante n'a pas connu de modification notable depuis la première procédure AI. aa) Aux termes de leur rapport du 8 octobre 2009, le Dr Z. _____ et la psychologue X. _____ de l'UPA précisent que l'on peut difficilement parler d'une aggravation sur le plan psychiatrique, mais que la situation s'apparente davantage à une évolution douloureuse chronique chez une patiente dépendante et mal acculturée, même si bien entourée par sa famille. Ils ajoutent que les descriptions ressortant de leurs précédents rapports demeurent valables, et que l'intéressée présente ainsi une symptomatologie dépressive au long cours d'intensité plus ou moins importante selon les périodes, une symptomatologie anxieuse accompagnée d'un évitement social important, et une symptomatologie douloureuse qui perdure. Ils estiment que la capacité de travail s'élève à 50%, cela en raison de problèmes d'acculturation, d'un état dépressif fluctuant en relation avec un syndrome somatique, et d'un trouble somatoforme douloureux persistant, l'intéressée ayant du reste une compréhension limitée de la situation compte tenu de ses capacités intellectuelles plutôt restreintes. A teneur de leur constat du 24 janvier 2011, le Dr P. _____ et la psychologue X. _____ de l'UPA indiquent que l'état de l'assurée est stable, avec une symptomatologie identique à celle décrite en 2009. Cela étant, ils diagnostiquent un état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) ainsi qu'un trouble somatoforme, syndrome douloureux persistant (F45.4), et relèvent que la capacité de travail est probablement inférieure à 50%. bb) Si le rapport de l'UPA du 8 octobre 2009 ne pose aucun diagnostic, il appert que celui du 24 janvier 2011, sans se référer à de nouvelles pathologies, reprend les atteintes mentionnées aux termes d'un précédent constat du 12 janvier 2007 produit dans le cadre de la première procédure AI (cf. let. A.c supra). Or, dans son jugement du 24 janvier 2008, le TASS a écarté les pathologies évoquées dans le rapport du 12

- 27 - janvier 2007 (consid. 7a et 7b), et s'est ainsi rallié aux conclusions de la Dresse W._____, retenant les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée de degré moyen dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux, sans caractère invalidant depuis septembre 2004. Reste à savoir s'il existe, à l'heure actuelle, des éléments plaidant en faveur d'une évolution de la situation telle que ressortant du jugement du TASS du 24 janvier 2008. A cet égard, les médecins de l'UPA se refusent à parler d'aggravation sur le plan psychiatrique. Ils préfèrent évoquer une évolution douloureuse chronique chez une patiente dépendante et mal acculturée, plutôt bien entourée par sa famille (cf. rapport du 8 octobre 2009 p. 2) – évolution qui s'inscrit ainsi précisément dans la lignée du pronostic «mauvais [...] essentiellement pour des raisons socioculturelles» émis par la Dresse W._____ (cf. rapports d'expertise des 7 avril et 23 septembre 2004, let. A.b supra). Par ailleurs, force est de relever que le rapport de l'UPA du 8 octobre 2009 (p. 2) souligne que les descriptions mentionnées dans les constats antérieurs sont toujours valables, et que le compte-rendu du 24 janvier 2011 (p. 1) signale quant à lui un état de santé stable avec une symptomatologie inchangée depuis 2009 – éléments qui plaident à l'encontre d'une quelconque aggravation sur le plan psychiatrique. De plus, la compliance médicamenteuse de l'assurée est désormais correcte (cf. compte-rendu d'analyses pharmacologiques du 28 septembre 2010 indiquant une compliance «ok») et l'aménagement de sa médication lui permet d'être plus tonique (cf. rapport du 24 janvier 2011 p. 1), ce qui dénote une évolution plutôt favorable et non pas négative. La recourante a certes été confrontée à des situations complexes sur le plan personnel, attendu qu'elle a subi deux interventions en 2008 et 2009 (une hystérectomie et une biopsie mammaire), que son époux est au chômage depuis fin 2010, et que sa fille cadette a rencontré des problèmes conjugaux. Rien au dossier n'incite cependant à croire que ces événements se seraient répercutés négativement sur son état de santé – contrairement à ce qu'allèguent le Dr Z._____ et la psychologue X._____, sans s'appuyer du reste sur aucun élément objectif et pertinent (cf. rapport du 8 octobre 2009 p. 2). Bien au contraire, il apparaît que

- 28 - l'intéressée, qui bénéficie d'un cadre familial soudé, a trouvé la force de se mobiliser avec les siens pour soutenir sa fille cadette après l'abandon de l'époux de celle-ci (cf. rapport du 24 janvier 2011 p. 1). Enfin, contrairement à ce qu'allègue l'assurée (cf. mémoire de recours du 5 juillet 2011 p. 6), les limitations fonctionnelles mentionnées dans l'annexe psychiatrique au rapport AI du 6 janvier 2011 (difficultés relationnelles, hypersensibilité au stress, difficultés dans l'organisation du temps, dépendance à l'égard du cercle familial) ne démontrent pas une dégradation de ses atteintes, dès lors que ces limitations ne sont pas sans rappeler celles constatées lors de la première procédure AI (cf. notamment le rapport d'expertise de la Dresse W._____ du 7 avril 2004 p. 11 et 14, dont il ressort que l'assurée a des capacités de mentalisation pauvres, une personnalité fruste et immature, et peu de possibilités de compréhension et d'élaboration). L'ensemble de ces éléments infirme donc la thèse d'une aggravation des atteintes psychiatriques de la recourante depuis la décision sur opposition de l'OAI du 12 décembre 2006 et le jugement du TASS du 24 janvier 2008. En tout état de cause, même à admettre que les diagnostics posés dans le rapport de l'UPA du 24 janvier 2011 correspondent à la situation actuelle de la recourante, il faut relever qu'en vertu de la jurisprudence, on ne peut reconnaître un caractère invalidant à un état dépressif d'intensité moyenne associé à un trouble somatoforme douloureux, respectivement à une fibromyalgie (cf. consid. 3d supra). Par ailleurs, rien au dossier n'incite à penser que les autres critères déterminants en matière d'atteintes somatoformes (cf. ibid.) seraient remplis en l'occurrence. Ainsi, le prétendu retrait social de la recourante

(cf. rapport du 8 octobre 2009 p. 2 et annexe psychiatrique du 6 janvier 2011) n'est nullement explicité, ni a fortiori étayé. Son état psychique n'est pas cristallisé puisqu'il fluctue en fonction des périodes (cf. rapport du 8 octobre 2009 p. 2). Il apparaît de surcroît que l'assurée maintient des relations au sein d'un réseau familial uni, qu'elle a activement réagi suite problèmes conjugaux de sa fille cadette, et que sa médication lui permet

- 29 - actuellement d'être plus tonique. Dans ces conditions, on pourrait exiger d'elle qu'elle fournisse un effort de volonté en vue de surmonter ses affections et de réintégrer le monde du travail. cc) Faute d'évolution des atteintes psychiatriques de l'assurée, on ne saurait dès lors souscrire à l'incapacité de travail évaluée à 50% au moins par les psychiatres et la psychologue de l'UPA. Au demeurant, loin de se référer à des éléments scientifiques, concrets et objectifs, ce taux repose essentiellement sur les plaintes de l'assurée et sur ses difficultés d'adaptation. Or, les facteurs psychosociaux ou socioculturels sont exclus de la notion d'invalidité (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1). dd) Sur le vu des considérations qui précèdent, il s'impose de retenir que l'état de santé psychique de l'assurée n'a pas connu d'évolution significative depuis la décision sur opposition de l'OAI du 12 décembre 2006 et le jugement du TASS du 24 janvier 2008, et que, sur le plan psychiatrique, elle conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle son activité habituelle. Partant, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique – telle que requise par l'assurée à l'appui des conclusions de son recours du 5 juillet 2011 (cf. p. 6) et de sa réplique du 13 octobre 2011 (p. 2) – n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire, dans la mesure où les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). d) En définitive, les éléments du dossier démontrent qu'il n'y a pas eu, entre la décision du 12 décembre 2006 (confirmée sur recours le 24 janvier 2008) et celle du 7 juin 2011, de changement important des circonstances propres à influencer la capacité de travail. Il faut donc admettre que c'est à juste titre que l'OAI, aux termes du prononcé entrepris, a considéré que la recourante conservait une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle, considérée comme adaptée à ses

- 30 - limitations fonctionnelles. Partant, il faut donc retenir que le degré d'invalidité de l'assurée se confond avec celui de son incapacité de travail dans l'activité habituelle (cf. TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010; cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6 et I 605/01 du 8 juillet 2002 consid. 3) et s'élève ainsi à 0%, de sorte qu'elle ne peut prétendre à une rente AI.

E. 6

a) Par conséquent, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). En

l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Laurent Gilliard (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au

- 31 - bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 8 heures de prestations d'avocat, rémunérées à un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]), ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 1'440 fr. Il y a lieu d'ajouter la TVA de 8%, soit un montant de 115 fr. 20. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 II 1; TF 6B_102/2009 du 14 avril 2009 consid. 2), soit en l'espèce 38 fr. 20 auxquels il convient d'ajouter 3 fr. 06 de TVA. L'indemnité d'office du conseil de la recourante s'élève ainsi à 1'596 fr. 46 TVA comprise, montant que l'on peut arrondir à 1'596 fr 50.

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