

VD_GERICHTE ZD11.031837 vom 4. Mai 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-05-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.031837

FR: VD_GERICHTE ZD11.031837 du 4 mai 2015

IT: VD_GERICHTE ZD11.031837 del 4 maggio 2015

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du

- 33 - Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

E. 2

Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à une rente d'invalidité, respectivement l'évaluation de la capacité de travail retenue par le SMR, qui s'est fondé sur l'expertise du Dr Z._____ du 8 janvier 2011. Cet expert, spécialiste en médecine interne générale, a considéré que l'assurée avait été en incapacité totale de travail du fait de l'atteinte à la santé du 9 juillet 2008 au 31 mars 2010, mais que, dès le 1er avril 2010 elle avait recouvré une capacité de travail de 50 % au moins dans l'activité habituelle de dessinatrice en bâtiment, soit proche de son taux d'activité antérieur; il a par ailleurs considéré que, dans une activité adaptée lui permettant de mener des tâches à sa guise, notamment par un travail à domicile, la capacité de travail résiduelle de la recourante dès le 1er avril 2010 était de 80 %. Dans la décision querellée, après comparaison des revenus avec et sans invalidité et compte tenu d'une part active de 55 %, d'une part ménagère de 45 % et d'empêchements dans cette part ménagère à hauteur de 40,4 %, l'OAI a abouti à un degré d'invalidité de 23,18 %, soit à un degré d'invalidité inférieur au minimum légal requis de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Il a ainsi refusé à l'assurée toute rente d'invalidité. Dans sa réponse du 11 septembre 2011, l'OAI a toutefois conclu à la réforme partielle de sa décision dans le sens de la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, dès le 1er août 2009 (6 mois après le dépôt de la demande du 24 février 2009), compte tenu d'un degré d'invalidité de 73 % (incapacité de travail totale pour une activité lucrative à 55 % et des empêchements de 40,4 % dans l'activité ménagère de 45 %), jusqu'au 30 juin 2010 (3 mois après l'amélioration dès le 1er avril 2010). Mais dans ses écritures ultérieures, l'intimé a de nouveau conclu au rejet pur et simple du recours. L'évaluation de la capacité de travail

retenue par l'OAI est litigieuse, la recourante critiquant l'appréciation qui en a été faite par l'expert Dr Z. _____ en faisant valoir que l'expertise n'a pas la valeur probante requise par la jurisprudence dès lors que son auteur n'est pas spécialisé en rhumatologie et que la maladie qu'elle présente ressortit à cette spécialité médicale. Elle reproche également à l'expert de ne pas avoir tenu compte de l'ensemble des rapports médicaux figurant à son dossier et considère que

- 34 - l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle est en contradiction avec les limitations fonctionnelles retenues et le descriptif que son dernier employeur a fait de son activité de dessinatrice en bâtiment. La recourante a donc requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, à confier principalement à un rhumatologue.

E. 3

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 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 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (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

- 35 - l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4, 115 V 133, consid. 2; TF, I 312/06 arrêt du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 arrêt du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il

importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence récente du Tribunal fédéral a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Notre Haute Cour a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré

- 36 - que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un SMR était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

E. 4

En l'espèce, force est de constater, avec la recourante, que l'expertise médicale mise en oeuvre par l'intimé ne répond pas aux exigences jurisprudentielles concernant la valeur probante des documents médicaux. On relève notamment que les conclusions relatives aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail résiduelle de l'assurée sont en contradiction notamment avec celles du Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie (rapport médical du 25 septembre 2009), qui mentionne l'existence d'une vasculite sévère, absente de l'expertise, et du Dr A. _____, spécialiste en neurologie (rapport médical du 28 octobre 2009). Le rapport d'expertise est en outre pauvrement documenté en regard de la nature particulièrement complexe de la pathologie dont souffre l'assurée (maladie de Wegener inflammatoire, auto-immune, chronique et récidivante, dont l'évolution est fluctuante mais avec une morbidité et une mortalité importantes) et des effets secondaires du traitement par immuno- suppresseur. Par ailleurs, on s'étonne que l'OAI, respectivement le SMR, n'ait pas approfondi ses investigations médicales après avoir pris connaissance du rapport médical des Drs S. _____ et F. _____ du 4 avril 2011, lequel fait état d'une péjoration de la fonction rénale, qui n'existait pas au moment de l'expertise du Dr Z. _____.

- 37 - Au vu de ces éléments, dans son appréciation des preuves, la Cour de céans a finalement considéré que des doutes quant à la capacité de travail résiduelle de travail effective de la recourante subsistaient. Elle a par conséquent ordonné la mise en oeuvre

d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, se conformant en cela tant à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en matière de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4) qu'à celle qui exige, dans les cas où les appréciations (d'observation médicale et professionnelle) divergent sensiblement, que l'administration, respectivement le juge confronte les deux évaluations et, au besoin, requière un complément d'instruction (TF 9C_739/2010 arrêt du 1er juin 2011 consid. 2.3, 9C_1035/2009 arrêt du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 18, les deux avec les références citées).

E. 5

L'expertise judiciaire a été confiée, avec l'accord des parties, à des spécialistes en médecine physique, en réadaptation orthopédique et en neurologie. Le rapport de synthèse signé des Drs K._____, L._____ et G._____ a été produit le 14 octobre 2014. La Cour de céans observe que dit rapport de synthèse de l'expertise bidisciplinaire réalisée par les spécialistes des E._____ aborde de façon circonstanciée les points litigieux. Les experts se fondent sur des examens complets et en pleine connaissance de l'anamnèse de l'intéressée, prennent en considération ses plaintes et décrivent de façon claire le contexte médical. Enfin leur appréciation de la situation médicale est particulièrement minutieuse, notamment en ce qui concerne les répercussions non seulement de la maladie dont souffre la recourante mais également de celles des effets secondaires découlant du traitement médicamenteux. Les conclusions auxquelles les experts aboutissent en ce qui concerne la capacité résiduelle de travail du recourant sont dûment motivées, de manière systématique et rigoureuse, de sorte qu'elles emportent la conviction de la Cour de céans qui les fait siennes.

- 38 - Les critiques de l'intimé, respectivement du SMR, à l'égard de l'expertise judiciaire paraissent par ailleurs infondées. En premier lieu, il est inexact que l'expertise ne décrit pas une journée type de la recourante. En réponse à la question 2, les experts font état de la façon dont l'intéressée leur a raconté la manière dont se déroulaient ses nuits et ses journées; l'expertise mentionne également les nombreuses visites médicales qui jalonnent le quotidien de l'assurée et décrit ses difficultés et sa répugnance à conduire un véhicule automobile, uniquement par nécessité pour des courses proches de son domicile. Ce dernier point bat en brèche la seconde critique du SMR qui reproche aux experts de ne pas expliquer comment le diagnostic d'encéphalopathie sous corticale modérée évoquant une étiologie toxico-métabolique qu'ils retiennent en page 25 comme ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée est par contre sans impact sur la capacité à conduire un véhicule automobile (cf. page 19 du rapport qui indique que l'assurée fait une partie des courses avec la voiture). Le recours extrêmement réduit de l'assurée à la conduite automobile est d'ailleurs confirmé par l'enquête économique du 7 décembre 2009. Quant à l'existence du diagnostic d'encéphalopathie sous corticale modérée évoquant une étiologie toxico-métabolique, elle est corroborée par le Dr A._____ qui a été le premier à l'évoquer dans son rapport médical du 28 octobre 2009. Enfin, on ne voit pas en quoi l'absence de la mention des éléments cliniques de base tels que le poids, la taille ou la mesure de la pression artérielle enlèverait toute valeur probante au rapport d'expertise des E._____. Le SMR ne l'explique d'ailleurs pas. Au demeurant, il suffit de relever que ces données de base ressortaient déjà d'autres rapports médicaux au dossier. En définitive, contrairement à ce que semble soutenir l'intimé, les experts exposent de façon convaincante les raisons pour lesquelles ils sont arrivés à la conclusion que la recourante ne dispose plus

d'aucune capacité de travail dans quelque activité professionnelle que ce soit depuis l'apparition de la maladie de Wegener, avec comme premier signe clinique une sialadénite (cf. rapport d'expertise, p. 27). Après avoir exposé que les plaintes de la recourante ne devaient pas être minimisées et conduire à une appréciation insuffisante de sa souffrance, ils expliquent (cf. rapport

- 39 - d'expertise pp. 31 et 31) que l'ensemble du tableau clinique conduit à une incapacité de travail en raison notamment d'une fatigue intense et de difficultés de concentration, de difficultés à se rendre sur les chantiers, à se déplacer en voiture, d'un environnement hostile, avec poussière, fumée, peinture et environnement irritatif. Enfin, les explications données en réponse à la question 7 concernant les répercussions des effets secondaires du traitement médicamenteux sont claires et précises et corroborent les plaintes de la recourante quant à sa fatigue intense et ses troubles cognitifs. Cela étant, la Cour de céans est d'avis que le point de vue des experts concernant la capacité de travail résiduelle de la recourante est objectivement fondé.

E. 6

a) En définitive, sur la base du rapport d'expertise judiciaire des spécialistes des HUG, la Cour de céans considère que la recourante ne dispose plus d'aucune capacité de travail dans quelque activité professionnelle que ce soit depuis le mois de septembre 2008, à savoir depuis le moment où le diagnostic d'une sialadénite, premier signe clinique de la maladie de Wegener selon les experts, a été posé. Il reste à déterminer le degré d'invalidité. b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en

- 40 - fonction de l'incapacité à accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode "spécifique" d'évaluation de l'invalidité (art. 8 al. 3 LPGA, 28a al. 2 LAI). L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI). Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (cf. ATF 133 V 504 consid. 3.3 p. 507

sv., 125 V 146 consid. 2c p. 150, 117 V 194). En l'espèce, l'intimé a constaté que sans atteinte à la santé, le recourante exercerait une activité lucrative à 55 % et qu'elle consacrerait 45 % de son temps à ses activités ménagères. Il n'y pas lieu de revenir sur cette constatation, fondée sur le rapport d'enquête économique sur le ménage du

E. 7

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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 francs, à la charge de l'OAI, qui succombe.

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