

VD_GERICHTE ZD11.034350 vom 5. Dezember 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-12-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.034350

FR: VD_GERICHTE ZD11.034350 du 5 décembre 2012

IT: VD_GERICHTE ZD11.034350 del 5 dicembre 2012

Erwägungen

E. 1

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 sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, interjeté le 14 septembre 2011, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la recourante présente une incapacité de travail justifiant le maintien du droit à la rente au-delà du 30 juin 2010, singulièrement celle de l'évaluation de l'invalidité à laquelle l'intimé a procédé. En effet, il ressort de la décision attaquée du 19 juillet 2011, que l'intimé a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1er au 30 juin 2010. La recourante, qui conclut à son annulation, considère qu'elle n'a pas présenté d'amélioration notable de sa capacité de travail en mars 2010, alléguant que son incapacité de travail est évaluée à 50 % dans une activité adaptée par ses médecins traitants, raison pour laquelle elle conclut au maintien d'une rente au-delà du 30 juin 2010. Elle critique enfin la valeur probante du rapport d'expertise du Centre J._____ du 27 octobre 2010, estimant qu'il ne tient pas compte de son état de santé réel et de ses limitations fonctionnelles.

- 12 -

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 art. 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 (art. 6 LPGA in fine). Selon

l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. 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 l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de

- 13 - porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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 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; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

E. 4

a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

- 14 - Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel

changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

- 15 - b) Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). c) Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGa et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

E. 5

a) In casu, sur le plan psychiatrique, les experts du Centre J._____ ont constaté que la recourante ne présentait pas d'affectation psychiatrique sévère et qu'elle était apte à travailler à plein temps sans diminution de rendement. Ils ont également signalé qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments pour retenir un trouble somatoforme douloureux,

- 16 - diagnostic qui n'était d'ailleurs pas mentionné dans les différents rapports médicaux contenus dans le dossier (rapport d'expertise du 27 octobre 2010, p. 18). Ce point n'est contesté ni par la recourante, ni par l'intimé. Sur le plan somatique, les experts du Centre J._____ ont retenu un seul diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail

de la recourante, soit celui de faiblesse de la paroi abdominale sur status après multiples laparotomies. En effet, toutes les tentatives d'explications relatives aux douleurs abdominales décrites par la recourante se sont soldées par un échec. Ni les multiples investigations effectuées (notamment colonoscopie, oes-gastro-duodéno-scopie avec biopsies, CT-scan, CT-entéroclyse, CT-scan abdominal, manométrie gastro-duodéno-jéjunale), ni les bilans endocrinologiques n'ont permis d'objectiver un substrat organique susceptible d'expliquer l'intensité des douleurs, pas plus que les examens cliniques, raison pour laquelle les experts n'ont retenu qu'un trouble fonctionnel (rapport d'expertise du 27 octobre 2011 du Centre J. _____, p. 18), avis corroboré par les Drs H. _____ (rapport médical du 12 septembre 2011), B. _____ (rapport du 22 mars 2010) et Q. _____ (courrier du 30 octobre 2009). Compte tenu de la faiblesse de la paroi abdominale à la suite de multiples interventions digestives, les experts ont estimé qu'il se justifiait de limiter le port de charges à 15 kg sans effort de poussée abdominale et d'exclure les travaux en position accroupie ou à genoux. Au vu des limitations fonctionnelles précitées, l'activité habituelle d'infirmière en soins auprès d'adultes n'était dès lors plus exigible, en raison des efforts pouvant être importants lors d'une telle activité (risque d'éventration de la paroi abdominale). Toutefois, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement. b) L'appréciation des pièces médicales ne saurait être valablement mise en cause par la seule affirmation de la recourante selon laquelle elle n'est pas en mesure d'exercer une activité adaptée à 100 %. Certes, le Dr H. _____ a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en raison de la nécessité pour la recourante de pouvoir

- 17 - s'allonger après 2 à 3 heures de travail en raison de douleurs abdominales. Les experts du Centre J. _____ ont mentionné cet élément en rapportant de manière précise les propos tenus par la recourante lors de l'examen clinique relatifs à la survenance, la fréquence et la localisation des douleurs, les experts décrivant "des ballonnements invalidants augmentés par la période postprandiale" et "une douleur pelvienne à type de pression très intense rendant la position debout rapidement intolérable" (rapport d'expertise du Centre J. _____, p. 16 in fine). Toutefois, en raison de l'absence de toute explication claire et objective sur l'origine des douleurs de la recourante, les experts n'ont retenu aucune autre limitation fonctionnelle que celles précédemment retenues. Sur ce point, le Dr O. _____ du SMR a constaté que l'appréciation du Dr H. _____ s'appuyait sur les dires de la recourante, mais n'étaient pas retenue "par les experts comme ayant un fondement médical objectif" (avis médical du 21 février 2011). En définitive, l'appréciation du Dr H. _____ apparaît davantage motivée par les plaintes de sa patiente que par des éléments objectifs tirés des examens cliniques et radiologiques. Il en va de même de l'attestation du 9 septembre 2011 de l'employeur actuel de la recourante, lequel s'est limité signaler que cette dernière était incapable de travailler plus de 4 heures d'affilées en raison de ses problèmes de santé. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état

douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TF I 421/06 du 6 novembre

- 18 - 2007 consid. 3.1; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce (cf. consid. 5a ci-dessus). c) L'argumentation de la recourante ne suffit dès lors pas à démontrer que les exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante du rapport d'expertise du Centre J. _____ du 27 octobre 2010 ne sont pas remplies. Le rapport d'expertise du Centre J. _____ procède d'un examen détaillé de la situation de la recourante, prenant en compte l'ensemble de ses plaintes et portant sur un dossier médical complet. Ses auteurs sont spécialistes en médecine interne, en gastro-entérologie, en chirurgie, en psychiatrie et psychothérapie. Les conclusions dudit rapport sont dûment motivées et remplissent toutes les conditions posées par la jurisprudence pour que leur soit reconnue en principe pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). Les raisons pour lesquelles le diagnostic retenu se limite à une faiblesse de la paroi abdominale sur status après multiples laparotomies fait l'objet d'une démonstration convaincante. Dans ce contexte, on ne saurait reprocher à l'intimé de n'avoir pas procéder à un complément d'instruction, l'argumentation de la recourante, qui se limite à alléguer qu'une instruction semblait nécessaire, ne suffisant pas pour remettre en cause l'appréciation des preuves faite par l'intimé.

E. 6

En définitive, la décision du 19 juillet 2011 échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante conserve une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par les experts du Centre J. _____ (rapport d'expertise du 27 octobre 2010) et par le SMR (rapport d'examen du 4 novembre 2010 et avis médicaux des 21 février et 5 mai 2011). En raison du dépôt de la demande de prestations au 8 décembre 2009, alors que l'incapacité de travail remonte au 31 octobre 2007, la rente ne peut être versée que dès le 8 juin 2010 (soit après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations AI; art. 29 al. 1 LAI) et, ce jusqu'au 30 juin 2010 (correspondant à l'échéance du délai de trois mois, soit le 31 mars 2010, date correspondant au délai post-opératoire de six mois [avis médical du SMR du 21 février 2011]). Dans ces circonstances, sous

- 19 - peine de violer les principes régissant l'appréciation des preuves, la Cour de céans ne saurait s'écarter des conclusions des experts du Centre J. _____ quant à la date d'exigibilité d'une activité adaptée à 100 % suite à une opération par rétablissement de la continuité iléo-rectale pratiquée le 15 septembre 2009. Enfin, le revenu sans et avec invalidité étant identique, la recourante ne peut se prévaloir d'aucune perte de gain, raison pour laquelle le droit à la rente doit être supprimé à compter du 1er juillet 2010.

E. 7

a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il n'y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par la recourante. 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 [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], 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, 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). c) En l'espèce, l'octroi de l'assistance judiciaire a été limité aux frais de justice. 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. 1bis 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

- 20 - 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 LPGGA).

- 21 -

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