

VD_GERICHTE ZD12.006453 vom 5. März 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.006453

FR: VD_GERICHTE ZD12.006453 du 5 mars 2013

IT: VD_GERICHTE ZD12.006453 del 5 marzo 2013

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

- 16 - 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, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle l'OAI a procédé, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettrait à l'intimé de nier le droit à une rente d'invalidité.

E. 3

À l'appui de son recours, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue. a) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; 126 V 130 consid. 2b). La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4a Cst. et qui s'applique

- 17 - également à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999; RS 101), actuellement en vigueur (ATF 129 II 497 consid. 2.2; 127 I 54 consid. 2b; 127 III 576 consid. 2c), a déduit du droit d'être entendu, notamment, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa; 124 V 180 consid. 1a et les références citées; TF 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid.

2.2.1), celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les arrêts cités; TF 9C_544/2009 du 16 octobre 2009 consid. 2.2). En l'occurrence, la recourante a pu faire valoir ses observations à la suite de l'envoi du projet de décision et a même été invitée par l'OAI à produire des pièces complémentaires. Il lui était en outre loisible de demander une copie de son dossier médical. L'OAI a suivi la procédure décrites aux art. 57a LAI et 73ter et 74 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), sans que l'on ne puisse lui reprocher d'avoir interpellé le SMR. Le droit d'être entendu de la recourante a donc été respecté. b) Le droit d'être entendu implique pour l'autorité – notamment – l'obligation de motiver sa décision. Selon la jurisprudence, la motivation d'une décision est suffisante lorsque l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. L'autorité n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens, preuves et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 136 I 229 consid. 5.2; 133 I 270 consid. 3.1; TF 1C_454/2008 du 28 septembre 2009 consid. 3.1; TF 2C_724/2012 du 25 juillet 2012 consid. 5.1). A cet égard, il apparaît que la recourante a compris la portée de la procédure d'audition. Elle ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle

- 18 - soutient que cette motivation aurait dû figurer dans la décision. Assistée d'un mandataire professionnel, la recourante a en outre pu faire valoir ses droits en toute connaissance de cause; pour s'en convaincre, il suffit de se référer aux motifs figurant à l'appui de son recours (en ce sens: TF 2P.102/2002 du 4 novembre 2002 consid. 2.4; arrêt CASSO AA 62/08 du 19 avril 2010 consid. 2c; arrêt CASSO AA 27/09 du 26 mai 2011 consid. 2b).

E. 4

a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: 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 (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art.

E. 8

LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la

mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le

- 19 - marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. 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.

- 20 - 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 les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). c) 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 se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). 5. En l'espèce, il convient d'examiner si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité, en déterminant si elle présente une incapacité de travail. a) Sur le plan somatique, la recourante a ressenti, dans le cadre de son travail, le 24 septembre 2009, une douleur dans le dos déclenchant un blocage. Le 19 août 2011, elle a été soumise à un examen clinique rhumatologique et de médecine physique-rééducation au SMR, effectué par le Dr E._____. Dans son rapport du 21 octobre 2011, ce médecin n'a posé aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail, et a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de

lombalgies non irritatives et non déficitaires dans un contexte de discopathie débutante sur les deux derniers étages lombaires, de syndrome douloureux de l'hémicorps droit sans substrat organique, de poids insuffisant et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il a retenu une capacité de travail exigible de 100% depuis le 1er juin 2010, tant dans l'activité habituelle d'employée d'entretien au P. _____ que dans une activité adaptée. Dans son appréciation du cas, il a mentionné que la recourante se plaignait de lombalgies, de douleurs au membre inférieur droit et de douleurs au membre supérieur droit. Les différents traitements, notamment de

- 21 - physiothérapie, n'avaient pas amélioré les symptômes. Il n'y avait pas d'atteinte neurologique, et l'hémisyndrome droit douloureux ainsi que la faiblesse du membre supérieur droit ne résultaient pas d'une atteinte organique. L'étude du dossier médical et l'examen effectué au SMR montraient un glissement de la symptomatologie vers un syndrome douloureux chronique, une kinésiophobie et un comportement de type maladie, sans modification de l'atteinte à la santé objectivable. Les constatations médicales du Dr E. _____ sont corroborées par les autres pièces médicales figurant au dossier, en particulier s'agissant de l'absence d'atteinte objective permettant d'expliquer les douleurs. Ainsi, le Dr W. _____ n'a pas décelé d'origine neurologique aux lombalgies et à la faiblesse du membre supérieur droit (rapports des 4 juin et 17 août 2010), une IRM cérébrale s'est avérée normale (rapport du 12 juillet 2010 du Dr C. _____), de même qu'un bilan radiologique au genou (rapport du 20 mai 2010 du Dr C. _____), et les Drs K. _____ et R. _____ ont relevé que la recourante souffrait de douleurs chroniques sans substrat organique (avis médical du SMR du 6 juillet 2011). Les rapports médicaux versés au dossier après le rapport d'examen du Dr E. _____ ne contiennent pas d'éléments permettant de douter des constatations de ce médecin. Les avis des médecins traitants de l'assurée, dont l'appréciation au sujet de la capacité de travail, doivent être admis avec réserve, et ceux des spécialistes du service de médecine du personnel du P. _____, sont peu étayés au regard du rapport d'examen du 21 octobre 2011 et ne font état d'aucune constatation objective ayant été ignorée par les médecins du SMR. On ne voit au demeurant pas de raisons de s'écarter des conclusions du Dr E. _____, qui sont dûment motivées et pleinement convaincantes. Il convient donc de retenir, sur le plan somatique, que l'assurée présente une capacité de travail exigible de 100% dans son activité habituelle depuis le 1er juin 2010, date à laquelle des examens médicaux ont précisément permis d'exclure des signes de gravité au niveau ostéoarticulaire d'une part, et une atteinte neurologique d'autre part. A ce sujet, contrairement à ce que semble soutenir la recourante, le Dr E. _____ se fonde sur des éléments objectifs pour fixer la date de reprise d'une pleine capacité de travail.

- 22 - b) Sur le plan psychiatrique, la recourante a fait l'objet le 19 août 2011 d'un examen au SMR par la Dresse A. _____, psychiatre. Dans son rapport du 21 octobre 2011, cette spécialiste n'a posé aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail et a retenu le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Dans son appréciation du cas, elle a indiqué que la recourante n'avait pas d'antécédent psychiatrique et qu'elle ne faisait l'objet d'aucun traitement médicamenteux psychotrope. A l'examen, cette spécialiste n'a pas constaté de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. Elle a indiqué que la recourante réagissait avec

un sentiment de détresse à la douleur; les quelques traits dépressifs et anxieux étaient discrets et ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique, et il n'y avait pas de trouble de la personnalité morbide. Dès lors, la Dresse A. _____ a retenu que la recourante ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et qu'elle présentait une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité. Les constatations et les explications de la Dresse A. _____ sont cohérentes et permettent de comprendre les raisons pour lesquelles, selon cette spécialiste, il n'y a pas d'atteinte à la santé du point de vue psychiatrique. En effet, ainsi que cela ressort du dossier, la recourante n'a jamais fait l'objet d'un suivi psychiatrique et a même refusé une prise en charge en ce sens (rapport du 23 décembre 2011 du Dr J. _____). On ajoutera que la Dresse A. _____ est la seule spécialiste en psychiatrie à avoir examiné la recourante, de sorte qu'on ne saurait reprocher au SMR et à l'OAI de se fonder sur l'avis de cette spécialiste et de ne pas avoir disposé, avant le 19 août 2011, de document psychiatrique. Quant aux Drs J. _____, C. _____ et F. _____, ils ne sont pas psychiatres et leurs avis doivent être appréciés avec réserve. Il convient dès lors, conformément à l'avis de la Dresse A. _____, dont l'appréciation est convaincante et

- 23 - dûment motivée, de retenir que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. On rappellera enfin que la durée d'un examen n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical et ne saurait remettre en cause la valeur du travail effectué par la Dresse A. _____ (en ce sens: TF 9C_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1; TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2). c) Au vu de ce qui précède, aucun élément ne permet de douter de la valeur probante du rapport d'examen du 21 octobre 2011 du SMR, qui s'appuie sur des examens complets et des conclusions dûment motivées, tant sur le plan somatique que psychique. L'appréciation des preuves à laquelle l'OAI s'est livrée n'est pas critiquable, et c'est à juste titre qu'il s'est fondé sur ce rapport pour déterminer l'état de santé de la recourante et se prononcer sur le droit à la rente. Il y a donc lieu de retenir que la recourante présente, du point de vue somatique et psychique, une pleine capacité de travail exigible dans son activité habituelle depuis le 1er juin 2010. Dès lors, elle n'a pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). 6. Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. En effet, selon le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres 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); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

- 24 - 7. a) Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI. b) Lorsqu'une partie au 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 [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] 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. Me Boris Heinzer a produit la

liste de ses opérations le 21 décembre 2012, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. En l'espèce, il convient d'allouer la somme de 3'218 fr. 40 pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause, débours et TVA compris (16 heures de travail au tarif horaire de 180 fr., débours par 100 fr. et TVA à 8%). c) La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. d) Le présent arrêt est rendu sans dépens, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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