

VD_GERICHTE ZD12.010855 vom 23. April 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-04-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.010855

FR: VD_GERICHTE ZD12.010855 du 23 avril 2013

IT: VD_GERICHTE ZD12.010855 del 23 aprile 2013

Erwägungen

E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. 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) et 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,

- 14 - malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le 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) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de

gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel: orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). c) 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

- 15 - 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). 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. 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). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont dûment motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201; dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) a une pleine valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TFA I

- 16 - 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Par ailleurs, selon la jurisprudence, 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; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 4. Dans le cas présent, dans son recours, la recourante fait essentiellement valoir que l'examen effectué par le Dr T. _____ a été bref et que son avis est trop sommairement motivé. Elle ajoute présenter un ensemble de troubles qui n'a pas été valablement investigué et produit des pièces attestant d'atteintes à la santé sur les plans somatiques et psychiatriques. Il convient dès lors d'examiner ces deux aspects. a) Sur le plan psychique, dans son expertise du 9 novembre 2011, requise par l'OAI, le Dr T. _____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie. La capacité de travail exigible a été évaluée à 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Dans son appréciation du cas, l'expert a retenu la présence d'éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité était insuffisante pour justifier actuellement un trouble dépressif récurrent léger. Il a constaté un moral bon, sans irritabilité ni tristesse, avec ruminations existentielles sans idées noires, une fatigabilité anamnétique sans trouble de concentration ni de mémoire, une anhédonie partielle, sans repli social, un sommeil perturbé par des maux de tête qui retardaient l'endormissement, et un appétit fluctuant. Le tableau était fluctuant avec des périodes d'isolement le 75% du temps et des périodes où l'assurée vaquait à ses occupations le 25%

- 17 - du temps, évoquant le diagnostic de dysthymie. L'assurée restait cependant capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. En outre, il n'y avait pas de symptomatologie dépressive ou anxieuse incapacitante, de signe floride de la série psychotique ni d'éléments selon la CIM-10 allant dans le sens d'un trouble de la personnalité. La symptomatologie était sans grande intensité ni détresse, sans comorbidité psychiatrique ni repli social. Le Dr T. _____ n'a par ailleurs pas constaté de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation d'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Concernant les autres pièces médicales figurant au dossier, l'expert a écarté le diagnostic d'état dépressif récurrent retenu par le Dr F. _____, en l'absence d'antécédents médicaux antérieurement à 2009 et de critères au sens de la CIM-10. A ce sujet, on ajoutera que ce médecin n'est pas psychiatre et qu'il se base, dans son rapport du 14 mai 2011, sur une argumentation limitée, de sorte qu'il ne saurait valablement infirmer les conclusions de l'expert. Le Dr T. _____ a également écarté le diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu par le Dr H. _____, étant donné que les critères selon la CIM-10, d'un point de vue anamnétique ou clinique, n'étaient pas remplis; en l'absence d'anesthésie psychique, d'émoussement affectif et de reviviscence, il ne pouvait y avoir de syndrome de stress post traumatique. On relèvera en outre que les avis au sujet de la capacité de travail des Drs F. _____ et H. _____, qui sont respectivement médecin traitant et psychothérapeute traitant de l'assurée, doivent être appréciés avec les réserves d'usage. Ces médecins n'ont du reste pas constaté d'élément objectif qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert. Quant au rapport du 30 octobre 2012 du Dr F. _____ et de la psychologue K. _____, ce document ne saurait être déterminant dans le cadre du présent litige en tant qu'il se rapporte à la situation de fait postérieure à la date déterminante de la décision attaquée, soit le 15

- 18 - février 2012. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées en principe d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (consid. 2 ci-dessus et les arrêts cités). On ajoutera que le Dr F. _____ et la psychologue K. _____ ne se prononcent pas explicitement à l'aune des critères de la CIM-10, qu'ils sont peu affirmatifs au sujet de la capacité de travail de l'assurée, que leur appréciation du cas semble moins motivée que celle du Dr T. _____ et qu'ils se sont prononcés dans le cadre d'un mandat de soins et non d'expertise, de sorte qu'on ne voit pas en quoi leur avis suffirait à remettre en cause les conclusions retenues par l'expert. Au demeurant, l'erreur factuelle dont se prévaut la recourante dans son écriture du 17 décembre 2012 est sans incidence dans la présente cause, étant donné qu'elle porte sur une date (juillet 2012) postérieure à la date de la décision attaquée. Lorsque la recourante invoque la brièveté de l'examen pratiqué par l'expert, il convient de préciser qu'une consultation, même de courte durée, n'exclut pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Au surplus, se fondant sur des examens complets, une appréciation du cas claire et des conclusions dûment motivées, l'expertise du Dr T. _____ satisfait aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il y a donc lieu de retenir que la recourante ne présente pas de limitation de sa capacité de travail en raison de ses troubles psychiques. Une éventuelle péjoration de son état de santé sur le plan psychique n'est intervenue que postérieurement à la date de la décision attaquée. b) Sur le plan somatique, la recourante se prévaut de plusieurs atteintes, soit de douleurs aux jambes nécessitant le port de supports plantaires, de fatigabilité, d'apnées du sommeil, de cervicalgies et de troubles neurologiques. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Dans son rapport du 14 mai 2011, le Dr F. _____ a retenu, sur le plan somatique, uniquement les diagnostics, sans effet sur la capacité

- 19 - de travail, d'hypertension artérielle, de surcharge pondérale, de dyslipidémie et de hernie hiatale par glissement. Il n'y a aucune mention d'un syndrome d'apnées du sommeil, de problèmes orthopédiques ni de cervicalgies, ainsi que l'ont relevé les Drs Q. _____ et C. _____ dans leur avis médical du SMR du 26 avril 2012. Concernant plus particulièrement le syndrome d'apnée du sommeil, les Drs B. _____ et E. _____ ont relevé, dans leur rapport du 24 janvier 2012, que l'assurée avait, malgré des fuites du masque facial, une bonne tolérance au traitement d'apnées du sommeil. Le Dr F. _____, dans son rapport du 20 mars 2012, a pour sa part fait état d'un traitement au CHUV en vue d'un CPAP auto-piloté. Il faut donc retenir, avec les médecins du SMR (avis médical précité), que les problèmes d'apnées du sommeil ne sauraient avoir, dans le cadre du présent litige, de répercussion sur la capacité de travail. Une éventuelle aggravation – évoquée par le Dr H. _____ dans son rapport du 30 octobre 2012, en relation avec des difficultés pour l'assurée de dormir plus de deux heures par nuit – serait quoi qu'il en soit survenue après la date de la décision attaquée, le 15 février 2012. Les cervico-brachialgies droites ont été mentionnées pour la première fois par le Dr F. _____ dans ses lignes du 20 mars 2012, lequel n'a pas retenu de status clinique ni décrit de limitations fonctionnelles, ainsi que l'ont relevé les Drs Q. _____ et C. _____ dans leur avis médical du 26 avril 2012. Par ailleurs, le Dr F. _____, ni aucun autre médecin, n'a précisé que cette affection entraînait à elle seule une diminution de la capacité de travail. S'agissant des douleurs aux jambes, les Drs Q. _____ et C. _____ ont relevé (avis médical précité) que l'assurée ne pouvait se prévaloir d'aucune prescription médicale relative à des supports plantaires. Du reste, une demande de l'assurée tendant à l'octroi de supports plantaires en tant que moyens auxiliaires

a été rejetée par décision de l'OAI du 30 septembre 2010. La présence de douleurs chroniques envahissantes et d'une insensibilité matinale des mains ont été signalées pour la première fois par le Dr H. _____ dans son rapport du 30 octobre 2012, de sorte que ces affections, au cas où elles auraient une

- 20 - incidence sur la capacité de travail, sont survenues après le 15 février 2012, date de la décision attaquée. Enfin, aucun document médical ne fait état de troubles neurologiques ayant une incidence sur la capacité de travail. c) Il en résulte que jusqu'au moment de la décision attaquée, soit le 15 février 2012, les troubles tant somatiques que psychiques affectant l'assurée n'ont pas d'incidence sur sa capacité de travail dans une activité adaptée comme dans son activité habituelle. Dès lors, en l'absence d'incapacité de gain, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI) ni à des mesures d'ordre professionnel (TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). Partant, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Cela étant, les atteintes à la santé dont se prévaut la recourante et qui sont survenues après le 15 février 2012 peuvent être considérées comme une nouvelle demande (cf. art. 87 RAI), si bien qu'il appartiendra à l'intimé de reprendre l'examen du droit pour la période postérieure à la décision attaquée. 5. 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 de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. 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

- 21 - 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées). 6. a) 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 Olivier Carré a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. En l'espèce, il convient d'allouer la somme de 1'691 fr. 70 pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause, débours et TVA compris (6.98 heures de travail au tarif horaire de 180 fr., frais et débours par 310 fr. et TVA à 8%). b) 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 [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. c) Le présent arrêt est rendu sans dépens, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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