

VD_GERICHTE ZD12.016275 vom 17. Februar 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.016275

FR: VD_GERICHTE ZD12.016275 du 17 février 2014

IT: VD_GERICHTE ZD12.016275 del 17 febbraio 2014

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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 29 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 821.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69a al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, interjeté dans le respect du délai et des autres conditions formelles de recevabilité (art. 62 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) 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 Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

Le litige porte sur l'existence ou non d'une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une

- 16 - infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 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 al. 1 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. b) Selon l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou s'il a présenté une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption. En vertu de l'article 28 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006), la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40 % au moins, à une demi-rente pour un taux de 50 %

au moins, trois quart de rente pour un taux de 60 % au moins et une rente entière pour un taux de 70 % au moins. L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

E. 4

Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins – d'autres spécialistes le cas échéant – 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

- 17 - pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références). Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 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 plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de 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, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid.

E. 4.2

; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la

- 18 - jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b ; 352 consid. 3b/aa et

les références ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

E. 5

a) En l'espèce, l'intimé a reconnu que l'assurée présentait des limitations fonctionnelles dues à ses atteintes physiques, ce qui l'empêche d'exercer son activité habituelle. L'assurée ne conteste pas cette analyse, que le Tribunal de céans ne peut que suivre, vu les pièces au dossier. b) Le litige porte en particulier sur l'existence ou non d'atteintes psychiques invalidantes au sens de l'AI. A cet égard, l'OAI a fondé sa décision sur les rapports d'expertises concordants de la Dresse N. _____ et plus particulièrement du Dr J. _____ et de Mme P. _____, dont la recourante conteste la valeur probante. Ce dernier rapport, qui conclut à l'absence d'atteinte psychique invalidante, se fonde sur le dossier médical de la recourante, sur un entretien avec cette dernière, effectué en présence d'une traductrice, des tests psychométriques et des examens paracliniques. La recourante reproche au rapport de contenir essentiellement un résumé des pièces du dossier. Cela ne saurait toutefois être considéré comme un

- 19 - défaut, dans la mesure où il est justement attendu d'une expertise qu'elle prenne en compte les antécédents médicaux et les constatations faites par d'autres médecins. Le résumé des pièces figurant dans le rapport du Dr J. _____ et de Mme P. _____ est la preuve que ce travail a bien été fait. Il doit être retenu que ladite expertise se fonde sur des examens complets et qu'elle prend en considération les plaintes de la recourante ainsi que l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et précis et les conclusions sont motivées. Contrairement à ce que prétend la recourante, les différents avis médicaux sont discutés, en particulier ceux d'O. _____. Les experts expliquent précisément pourquoi ils ne retiennent aucun élément de la lignée psychotique ou dépressive. Ainsi, leur rapport remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 4). Si les experts mentionnent effectivement les éléments culturels et la situation économique de la recourante, ils ne les utilisent toutefois pas pour motiver leurs constatations médicales, qui reposent sur une analyse objective de l'état de santé de la recourante. Il convient en outre de rappeler qu'une expertise se doit de tenir compte notamment de l'anamnèse professionnelle, affective et sociale, ainsi que socio-économique de l'expertisé, afin de distinguer précisément ce qui relève du contexte économique et social et ce qui relève du domaine médical. Il sied encore de remarquer que les constatations du Dr J. _____ et de Mme P. _____ correspondent pour l'essentiel à celles effectuées par la Dresse N. _____. Si une expertise indépendante a été mise en œuvre, ce n'est pas parce que l'OAI a estimé que le rapport de la Dresse N. _____ n'était pas probant, mais en raison des symptômes de la lignée psychotique que les médecins d'O. _____ avaient pu constater grâce, selon eux, à une relation thérapeutique de longue durée. Dans la mesure où les experts indépendants ont écarté cette hypothèse de manière convaincante, il peut être constaté que la Dresse N. _____, dont

- 20 - le rapport est également clair et complet, avait déjà relevé à raison que la recourante ne souffrait d'aucune atteinte psychique invalidante. Concernant les rapports d'O. _____, la Dresse L. _____ avait retenu le 18 juillet 2006 le diagnostic de syndrome douloureux

somatoforme persistant, existant depuis 2002, sans toutefois motiver ce diagnostic. Abandonnant ce dernier diagnostic, la Dresse Q._____ et Mme Z._____ ont retenu, le 20 mars 2009, un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques, minimum depuis 2002. Elles ont expliqué ce changement de diagnostic par le fait que c'était grâce à l'évolution de la relation thérapeutique de confiance que l'assurée avait petit à petit osé aborder ces symptômes. Cet argument ne saurait toutefois suffire à expliquer un tel changement de diagnostic, un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques étant une atteinte fort différente d'un trouble somatoforme douloureux. Le 9 mars 2011, Mme Z._____ notait par ailleurs que l'état de sa patiente s'inscrivait dans une perspective de chronicité. Le Dr J._____ et Mme P._____ ont pourtant relevé que la recourante avait le sentiment que son état s'était amélioré depuis 2005, grâce aux médicaments. Le 23 mai 2012, O._____ signalait finalement l'hospitalisation de la recourante à la Fondation C._____. Cette dernière a noté dans son rapport de sortie que la recourante ne présentait pas de symptomatologie psychotique floride. Le SMR a par ailleurs relevé à raison que si l'hospitalisation de la recourante était due à une aggravation de son état de santé, cette dernière intervenait dans tous les cas postérieurement à la décision attaquée. Au vu de ce qui précède, les rapports des médecins d'O._____, dont il est à noter qu'ils sont les médecins traitants de la recourante, n'amènent pas d'éléments permettant de remettre en doute les conclusions des experts. Si la recourante souffre bien de trouble somatoforme, ce qu'ont retenu tant les experts qu'une partie des médecins traitants de la recourante, ces troubles, non accompagnés d'une comorbidité psychiatrique, ne suffisent pas à retenir l'existence d'une atteinte psychique invalidante au sens de l'AI.

- 21 - c) La recourante a requis l'audition de Mme Z._____. L'appréciation anticipée des preuves permet toutefois d'y renoncer (TF 9C_543/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2 et les références ; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009 consid. 3 et les références). En effet, Mme Z._____ s'est prononcée par écrit à deux reprises durant la présente procédure (rapports d'O._____ des 23 mai et 10 décembre 2012), donc notamment après le rapport d'expertise du Dr J._____, dont elle avait connaissance. En outre, Mme Z._____ est psychologue et non psychiatre. Au vu de l'expertise concluante menée notamment par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le témoignage de Mme Z._____ ne permettrait pas au Tribunal de retenir une autre appréciation que celle de l'expert.

E. 6

Des considérants qui précèdent, il résulte que l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en rejetant la demande de prestations formée par la recourante et les griefs formulés par cette dernière doivent être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs. La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au

conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (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). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance

- 22 - judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement. S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés et de l'ampleur du travail consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) – le conseil d'office a produit une liste de ses opérations le 11 février 2014, dont il ressort qu'il a consacré au total 13h20 à la défense des intérêts de la recourante, dont 3h20 pour l'envoi de 20 correspondances, soit 10 minutes par correspondance. Eu égard à la complexité de la cause, il apparaît toutefois justifié de réduire le temps consacré à chaque correspondance à 6 minutes, soit 2 heures pour les 20 correspondances. C'est ainsi un montant de 2'458 fr. 50 (12 heures au tarif horaire de 180 fr., avec 116 fr. 40 de débours et la TVA à 8 %) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées.

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