

VD_GERICHTE ZD13.001843 vom 25. Juli 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-07-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.001843

FR: VD_GERICHTE ZD13.001843 du 25 juillet 2013

IT: VD_GERICHTE ZD13.001843 del 25 luglio 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'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. 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, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur

- 16 - 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, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid 2.1). b) Le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation.

E. 3

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, 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 pour un taux d'invalidité de 70% au moins. b) 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

E. 4

Pour se prononcer sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI, l'office intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise de la E._____ du 6 juillet 2012. Il ressort de cette expertise que la recourante ne présente pas d'affection psychique invalidante et que, sur le plan somatique, sa capacité de travail est entière dans l'activité habituelle d'employée de commerce, avec une diminution de rendement de 20%, susceptible d'être améliorée avec la mise en place d'un traitement du syndrome des apnées du sommeil. La recourante conteste que l'expertise du 6 juillet 2012 soit pertinente. Elle se réfère à l'appréciation médicale du Dr K._____ des 18 février 2011 et 2 octobre 2012. En 2011, ce médecin a retenu une capacité de travail nulle dans n'importe quelle activité, en raison notamment du status après un cancer du sein, des troubles de la mémoire et de l'état anxio-dépressif de la recourante. En 2012, il posait les diagnostics de trouble apparenté à un trouble somatoforme douloureux et de syndrome dépressif chronique récurrent, estimant l'incapacité de travail à 50% à cette date, avec une diminution de rendement de 40 à 50% pour des troubles de la concentration et de la mémoire. La recourante fait également état du rapport du 23 février 2012 du Dr C._____, qui a arrêté l'incapacité de travail à 30% sur le plan psychiatrique, les diagnostics de trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité, de trouble dépressif récurrent, actuellement moyen, et d'accentuation des traits de la personnalité borderline, étant à l'origine de cette incapacité. a) Au plan somatique, il convient de reprendre en détail les différentes atteintes à la santé physique présentées par la recourante (antécédents de tumorectomie et des différentes interventions chirurgicales, douleurs chroniques, discopathie). Concernant les antécédents de tumorectomie du 14 octobre 2009 et des nombreuses autres interventions chirurgicales, les médecins de la E._____ ont estimé qu'ils ne donnaient pas lieu à une quelconque incapacité de travail à défaut de séquelle physique ou biologique. A la lecture du dossier, on remarque que les autres rapports médicaux sont concordants. Les gynécologues L._____ et Z._____ s'accordaient à dire

- 19 - que les suites opératoires de la tumorectomie étaient simples et afebriles, le sein demeurant souple et sans signe d'hématome ni d'infection (rapport du 27 octobre 2009). La Dresse T._____ notait en outre qu'à l'issue du traitement par radiothérapie, il n'y avait pas de signe pour une récurrence locale ou loco-régionale (rapport du 20 janvier 2010). En octobre 2012, la Dresse D._____ indiquait, pour sa part, que la situation était calme d'un point de vue oncologique et que l'aspect psychique lié à la perte de l'estime de soi et à l'acceptation des modifications de son image corporelle influençait probablement davantage la capacité de travail de la recourante que l'atteinte somatique liée à l'intervention oncologique. Ainsi, elle a affirmé ne pas pouvoir se prononcer sur l'exigibilité. Autre docteur à s'être prononcé, le Dr Q._____ a précisé qu'il n'y avait pas de problème particulier à signaler s'agissant du statut après bypass gastrique et cholécystectomie en 2008. Enfin, le Dr X._____ était d'avis que ni les antécédents chirurgicaux ni le cancer du sein et son traitement ne justifiaient d'incapacité de travail (avis du 25 juillet 2012). L'avis médical isolé du Dr K._____, médecin traitant de la recourante, qui retenait en 2011 un status après tumorectomie influençant la capacité de travail, sans autres explications, n'est dès lors pas de nature à remettre en cause l'expertise de la E._____ sur ce point. Sur un plan rhumatologique, la situation médicale est claire. Une hernie discale L4-L5 avait été décelée, en 2002, par le Dr W._____. En 2009, le Dr H._____

n'avait constaté aucun syndrome lombo- vertébral ni radiculaire de caractère déficitaire objectif. Le Dr K. _____ relevait, pour sa part, en 2011, que le status après syndrome radiculaire déficitaire sensitif de topographie L5-S1 gauche sur hernie discale L4-L5 en 2002 n'avait pas d'influence sur la capacité de travail de la recourante. En 2012, le Dr J. _____, expert auprès de la E. _____, a posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de discopathie L4-L5 modérée, d'arthrose postérieure L3 à S1, d'état douloureux chronique diffus. Après l'étude notamment des documents d'imagerie fournis par la recourante, le Dr J. _____ notait qu'il y avait certes quelques signes d'atteinte dégénérative de la colonne lombaire, mais que l'essentiel des douleurs alléguées ne trouvaient pas de socle pathologique.

- 20 - L'examen clinique était en outre rassurant s'agissant du rachis, du membre supérieur droit et du genou. Il retenait que si la recourante se sentait limitée notamment par la fatigue et la douleur, elle assumait néanmoins son ménage, gardait son petit-fils, promenait son chien, poursuivait une activité de conseillère communale. Enfin, il ressortait de son expertise du 20 juin 2012 que, lors de l'examen clinique, la recourante marchait sur les talons et la pointe des pieds, se déplaçait sans boiterie, disposait d'une bonne force de préhension, n'opposait pas à l'investigation de comportement douloureux et que les signes de Waddell pour la lombalgie n'étaient pas significatifs. Ainsi, tous les médecins s'accordent-ils à dire que du point de vue rhumatologique, il n'existe aucun élément justifiant une diminution de la capacité de travail. S'agissant du syndrome des apnées du sommeil et de ses conséquences, les rapports médicaux sont également concordants. Les médecins de la E. _____ ont considéré que cette atteinte n'avait pas justifié de limitation de la capacité de travail par le passé, mais qu'à présent, non traitée, elle pouvait être à l'origine des troubles neurologiques présentés par la recourante, lesquels entraînaient une diminution de rendement de 20%. Ils relevaient en effet, d'un point de vue neurologique, des troubles attentionnels avec un ralentissement psychomoteur modéré à sévère associé à des légères fluctuations attentionnelles ainsi qu'à des troubles modérés d'apprentissage de nouvelles informations et à une mémoire à court terme limitée. Dans une moindre mesure, les troubles thymiques et douloureux pouvaient également participer à ce tableau neurologique. Une maladie dégénérative du système nerveux central n'entraîne de toute évidence pas en ligne de compte. Ces experts estimaient que la mise en place d'un traitement était susceptible d'améliorer la situation, précisant toutefois que tous les sujets ne parvenaient pas forcément à se traiter et que, chez une faible proportion de patients correctement traitée, le trouble de l'attention et la somnolence persistaient. Dans le même sens, le Dr X. _____ a retenu, dans son rapport du 25 juillet 2012, que les troubles neurologiques constatés chez la recourante devaient pouvoir s'amender, voire disparaître par le traitement du syndrome des apnées du sommeil

- 21 - par pression positive continue. Les appréciations médicales des Drs F. _____, K. _____ et de la Prof. P. _____ ne parviennent pas à des conclusions fondamentalement différentes. En février 2011, le Dr F. _____ a indiqué qu'il n'avait établi à l'époque aucun certificat d'incapacité de travail pour le compte de la recourante, qu'il n'avait pas revu sa patiente depuis deux et demi et qu'il convenait en principe pour les personnes atteintes de ce syndrome d'éviter les professions nécessitant une attention de tous les instants telle que la conduite. La Prof. P. _____, constatant les troubles neurologiques de la recourante, relevait que cette symptomatologie était peu compatible avec un processus dégénératif et paraissait s'inscrire au premier plan dans le cadre de troubles thymiques,

même si la participation d'autres facteurs, par exemple, le syndrome des apnées du sommeil, n'était pas exclue. Elle se limitait dès lors à contre-indiquer la conduite automobile (rapport établi à la suite de la consultation du 6 septembre 2010). Quant au Dr K. _____, il a estimé que le diagnostic de syndrome des apnées du sommeil n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante lorsqu'il a établi son rapport en février 2011. Il notait toutefois des troubles de la mémoire et un dysfonctionnement exécutif modéré susceptible d'influencer la capacité de travail de la recourante sous forme d'une participation à la diminution de rendement estimée entre 40 et 50% (cf. rapports médicaux des 18 février 2011 et 2 octobre 2012). Or, comme mentionné précédemment, les médecins de la E. _____ et le Dr X. _____ retenaient que ces troubles pouvaient s'atténuer moyennant la mise en place d'un traitement du syndrome des apnées du sommeil. Il sied de relever que l'expertise de la E. _____ est très complète, a été rendue en connaissance du dossier médical, repose sur des examens approfondis, prend en considération les plaintes de la recourante et contient des conclusions claires et motivées. Elle remplit donc les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Elle emporte donc la conviction de la Cour de céans, en ce qui concerne les atteintes physiques.

- 22 - Ainsi, l'OAI s'est basée, à juste titre, sur cette expertise pour retenir une diminution de rendement de 20%, au plan somatique, compte tenu du syndrome d'apnées et d'hypopnées obstructives du sommeil. b) Sur le plan psychique, le diagnostic retenu dans l'expertise de la E. _____ est sans répercussion sur la capacité de travail. Cela semble être contesté par le psychiatre traitant de la recourante, le Dr C. _____, lequel a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble déficitaire de l'attention et de l'hyperactivité (F 90.0), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.11) et d'accentuation des traits de la personnalité bordeline (Z 73.1). Il estimait sa capacité de travail à 30% avec une diminution de rendement, en raison de la fatigabilité, des problèmes de concentration et d'attention. Il mentionnait en outre différentes limitations fonctionnelles liées à son état psychique (activités nécessitant un contact avec la clientèle, une grande autonomie, de l'endurance, de la précision, du stress, de la rapidité, ainsi que les activités exigeant une adaptation permanente et impliquant des tâches complexes). Pour sa part, le Dr K. _____ certifiait, en 2011, un état anxio-dépressif associé avec effet sur la capacité de travail, et, en 2012, un syndrome dépressif chronique récurrent. Il ressort à d'autres reprises dans le dossier AI de la recourante qu'elle présentait «des signes probables de la lignée anxio-dépressive» (rapport établi par la Prof. P. _____ à la suite de la consultation du 6 septembre 2010) ou «un état dépressif avec perte d'estime de soi et difficulté d'acceptation des modifications de son image corporelle suite à l'intervention sur le sein» (rapport de la Dresse D. _____ du 9 octobre 2012). Cependant, le Dr V. _____, médecin auprès de la E. _____, a expliqué, à satisfaction, pour quelles raisons il ne retenait que le diagnostic de dysthymie sans influence sur la capacité de travail. Dans son expertise psychiatrique du 21 juin 2012, il relevait que le moral de la recourante paraissait préservé, sans tristesse, sans irritabilité, sans idées noires, il n'y avait en outre pas d'anhédonie, de repli social, de perte de l'estime d'elle-même. La recourante déclarait apprécier s'occuper de son

- 23 - chien, faire de la gymnastique, de la photo, se promener et avoir une vie sociale assez riche. Si l'examen psychiatrique mettait en évidence quelques éléments en faveur d'épisodes d'angoisses itératives qui se résolvaient spontanément, il n'y avait en revanche pas d'élément en faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de crise d'anxiété généralisée ou de la lignée

obsessionnelle, ni de signe de la lignée psychotique. Finalement, il y avait quelques traits de la personnalité histrionique avec dramatisation, affectivité superficielle, trous de mémoire, indulgence excessive à l'égard d'elle-même sans que l'on puisse pour autant parler d'un réel trouble de la personnalité. Ainsi, si le Dr V. _____ a admis, qu'au gré des événements difficiles de la vie de la recourante, la dysthymie ait pu prendre l'ampleur d'un trouble dépressif passager réactionnel à certains des événements pénibles de son existence, il ne trouvait pas de réel trouble de la personnalité correspondant à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécus, déviant de la norme et donnant lieu à une souffrance significative s'inscrivant dans la durée, de sorte qu'il ne pouvait suivre l'avis du psychiatre traitant lorsqu'il posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Le Dr V. _____ relevait également qu'il lui paraissait peu compatible le fait que la recourante ait présenté une incapacité de travail dès 2005 comme le soutient le Dr C. _____, alors qu'elle menait, selon l'anamnèse, un mandat politique à l'échelon national. Il n'observait en outre aucun signe en faveur d'un trouble de l'hyperactivité. Si certes, le trouble de l'humeur diagnostiqué pouvait participer au trouble attentionnel de la recourante, il n'était en soi pas susceptible d'entraîner une incapacité de travail. Enfin, concernant la question d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, le Dr V. _____ a envisagé ce diagnostic, compte tenu de la grande place que prenait la plainte algique chez la recourante. Toutefois, ces douleurs n'étaient assorties ni d'une comorbidité psychiatrique significative ni de la détresse et du repli social qui pourraient engendrer un aspect incapacitant. Ainsi, le Dr K. _____ ne saurait être suivi lorsqu'il pose, en 2012, le diagnostic de trouble apparenté à un trouble somatoforme douloureux, ce d'autant plus que la

- 24 - reconnaissance de l'existence d'un tel trouble suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3). Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, sur la base de l'expertise du Dr V. _____, laquelle revêt une pleine valeur probante, que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique susceptible d'entraîner une incapacité de travail. c) Cela étant, seule une diminution de rendement de 20% pour des raisons somatiques peut être admise, en suivant les conclusions des experts de la E. _____.

E. 5

a) 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). Une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités). Pour des mesures de réinsertion, l'incapacité de gain doit atteindre 50% (art. 14a LAI). La question du degré d'invalidité reste ouverte concernant les autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (TF 9C_464/2009 du 31 mai 2010). A notamment droit au service de placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail (par ex. aides visuelles) ou vis-à-vis de l'employeur (par ex. tolérance de pauses de

repos

- 25 - nécessités par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (TFA I 510/04 du 19 août 2005, consid. 3.1). En revanche, il n'y a pas d'invalidité au sens de cette disposition (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail (p. ex. pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité; TFA I 595/02 du 13 février 2003, consid. 1.2). Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente, mais ils demeurent valables après l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI (TF 9C_416/2009, consid. 5.2). b) La recourante ne peut bénéficier de mesures de reclassement ni de réinsertion. En effet, elle est encore en mesure d'exercer son activité habituelle d'employée de commerce et secrétaire, et présente une incapacité de travail inférieure à 50%, à savoir le seuil minimum exigé par l'art. 14a LAI. Le droit aux mesures de placement doit également être nié, à défaut de circonstances particulières présentées par la recourante qui entraveraient sa recherche de travail. Il s'ensuit que la recourante n'a droit ni à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel.

E. 6

a) Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) 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

- 26 - prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause et qu'elle n'est pas représentée par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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