

VD_GERICHTE ZD13.039715 vom 18. November 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.039715

FR: VD_GERICHTE ZD13.039715 du 18 novembre 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.039715 del 18 novembre 2014

Erwägungen

E. 4

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et

- 19 - enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le

choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210, 122 V 157 consid. 1d ; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

E. 5

a) A l'époque de la décision initiale de refus de rente d'invalidité en novembre 2010, il était constaté que la recourante présentait une capacité de travail – et de gain – de 70% depuis juin 2010 dans une activité adaptée à son état de santé. Les problèmes objectivement reconnus comme limitatifs quant à la capacité de travail étaient d'ordre somatique ; il était fait référence aux diagnostics de discopathies étagées L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale médiane L5-S1, lombosciatalgies S1 droite persistantes, lombalgies chroniques et protrusion marquée sous-ligamentaire L4-L5, posés à l'issue de l'expertise rhumatologique à la Clinique T. _____ en avril 2010. La Dresse I. _____ mentionnait une régression importante du volume de la hernie discale et l'absence d'image IRM montrant une compression radiculaire, la conduisant à penser que l'exercice d'une activité professionnelle à 70% était admissible. En septembre 2010, la Dresse I. _____ précisait qu'une détérioration dans le futur était possible, voire probable, en présence

- 20 - d'une volumineuse hernie et d'une exacerbation ponctuelle forte des douleurs. b) La décision litigieuse retient la présence d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive, sur une courte période en 2011, sans que ce trouble ne soit considéré comme affectant la capacité de travail ; sur le plan somatique, l'état de santé de l'assurée demeure identique à celui présenté lors de la précédente décision du 22 novembre 2010. L'OAI se réfère à l'examen rhumatologique et psychiatrique au SMR du 26 avril 2012, ainsi qu'aux avis du SMR des 18 février et 23 mai 2013, soulignant notamment que les rapports du Dr W. _____, du 13 décembre 2012, et du Dr G. _____, du 20 mars 2013, ne font état d'aucune aggravation par rapport à l'examen clinique des Drs A. _____ et U. _____.

aa) Sur le plan psychiatrique, la recourante s'est soumise à un examen clinique le 26 avril 2012, dans la mesure où l'un des faits nouveaux présentés à l'appui de la seconde demande, par l'intermédiaire de son médecin traitant, correspondait à une atteinte à la santé psychique. En effet, le Dr W. _____ mentionne un épisode dépressif réactionnel sévère et le suivi de la recourante par le Dr L. _____, dès février 2011. Le psychiatre traitant pose le diagnostic de trouble dépressif sans précision (F39), existant depuis janvier 2011, sans se prononcer clairement sur son influence sur la capacité de travail. Au terme de l'examen psychiatrique, le Dr U. _____ pose pour seul diagnostic un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22), sans influence sur la capacité de travail. Il explique ce diagnostic par le fait que la symptomatologie est réactionnelle à la situation socio-professionnelle. L'anamnèse psychiatrique n'a pas permis de constater une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité décompensée ayant des répercussions sur la capacité de travail avant le licenciement de l'intéressée en février 2011. A contrario, l'examen clinique a permis de constater une tristesse réactionnelle à la situation socio- professionnelle, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités

- 21 - de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables. Le Dr U. _____ constate l'absence de troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire) ainsi que l'absence d'un sentiment de désespoir ou d'une mauvaise image de soi. Selon lui,

l'examinée ne présente pas de limitation fonctionnelle psychiatrique ; elle a cependant présenté une diminution de sa capacité de travail dès mars 2011, et une amélioration vers l'été 2011 avec pour conséquence que le trouble n'affectait plus la capacité de travail. Les conclusions du Dr U. _____ emportent conviction dès lors qu'elles reposent sur une étude circonstanciée, une anamnèse détaillée, sont claires et dûment motivées. L'avis du Dr W. _____ ne saurait être préféré à celui du Dr U. _____ puisque la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre (ATF 130 V 396 consid. 5.3.2 ; cf. consid. 3a supra). De surcroît, en novembre 2011, le Dr W. _____ mentionnait que sa patiente avait une capacité de travail résiduelle estimée à 50% si le psychiatre donnait son feu vert. Le Dr L. _____ n'a, quant à lui, pas rendu vraisemblable l'existence d'un trouble psychique entraînant une incapacité de travail. Dans son rapport du 10 janvier 2012, le psychiatre traitant ne se prononce pas clairement sur la capacité de travail de la recourante. Dans son avis du 31 août 2013, il énonce que c'est principalement l'interaction du trouble dépressif avec la problématique rhumatologique qui entraîne une incapacité de travail majeure supérieure à 50%, renvoyant pour le surplus à l'avis du Dr W. _____. Ces considérations ne permettent pas de jeter le doute sur les conclusions de l'examen psychiatrique. Le Dr L. _____ n'apporte aucun élément tendant à prouver que la recourante présente une maladie psychiatrique à l'origine d'une atteinte à la santé invalidante. S'il convient certes de procéder à une appréciation médicale globale – non d'apprécier les atteintes à la santé séparément (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zürich/Bâle 2011, n° 1218 p. 337 ; cf. également TF 8C_117/2009 du 30 octobre 2009 consid. 4.2 et la jurisprudence citée) –, il appert cependant que l'incapacité de travail telle qu'alléguée par le psychiatre traitant résulte

- 22 - principalement de l'atteinte somatique. Au demeurant, la jurisprudence énonce que les rapports établis par le médecin traitant 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). Partant, le rapport du Dr U. _____ ayant valeur probante, il y a lieu d'admettre qu'au plan strictement psychiatrique, le trouble présenté par le recourante au début de l'année 2011 n'affectait plus sa capacité de travail dès l'été de la même année. bb) Sur le plan somatique, on constate, à l'instar de l'intimé, une aggravation de l'état de santé à compter de mars 2013. Lors de l'examen rhumatologique d'avril 2012, il était constaté la présence de lombosciatalgies droites, partiellement expliquées par un discret trouble statique et dégénératifs et la présence d'une protrusion discale L4-L5. Par référence à l'IRM d'octobre 2011, la Dresse A. _____ retenait que la volumineuse hernie discale L5-S1, qui était radiologiquement en contact avec la racine S1 droite en 2006, était quasi totalement résorbée. La situation clinique et radiologique était plutôt rassurante avec absence de signe compressif et irritatif. En mars 2013, le Dr G. _____ mentionne la présence de douleurs sciatiformes depuis de nombreuses années, avec un signe de Lasègue très positif à 40° à droite. Il estime que la patiente souffre d'une radiculopathie de longue date, dont la hernie discale était probablement calcifiée et engainait partiellement la racine. Contrairement à ce que soutient le SMR dans son avis du 23 mai 2013, la description du Dr G. _____ ne se recoupe pas avec celle effectuée par la Dresse A. _____, laquelle retenait notamment un Lasègue douloureux à 70° à droite. En outre, l'avis du 23 mai 2013 est contredit par celui du 1er novembre 2013, aux termes duquel le SMR admet l'aggravation de l'état de santé de l'assurée dès mars 2013, eu égard notamment aux douleurs sciatiformes et signe de Lasègue

à 40° énoncés par le Dr G._____. Dans son rapport du 22 juillet 2013, établi à la suite du séjour de l'assurée au Service de rhumatologie du F._____ en mai 2013, le Dr

- 23 - S._____ diagnostique un syndrome lombo-radicaire S1 à droite (irritatif et abolition du réflexe achilléen). Il se réfère à une IRM réalisée le 1er mai 2013, laquelle révélait une hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite avec un conflit de la racine S1, ainsi qu'une protrusion discale récessale et foraminale avec un conflit L4 et L5 à droite. Il énonce un Lasègue positif à 30° à droite au début du séjour, qui passe à 60° à la suite d'une infiltration par péridurale. Le 29 août 2013, le Dr W._____ constate qu'il persiste un syndrome lombo-radicaire avec un Lasègue positif à 60° à droite et un déficit du réflexe achilléen et une hypoesthésie L5-S1. Il pose le diagnostic de syndrome lombo-radicaire S1 droit, chroniquement irritatif et déficitaire sur le plan du réflexe achilléen droit et hypoesthésie L5-S1 droit sur importante hernie discale L5-S1. Il atteste que l'assurée ne peut pas rester plus de trente minutes assise ni marcher plus de dix minutes – le Dr S._____ retenait un périmètre de marche de 15 minutes –, de sorte que sa capacité de travail n'est que de 40% dans une activité adaptée. Au vu de ce qui précède, on ne saurait parler d'un status clinique similaire à celui qui était décrit dans l'examen SMR d'avril 2012 et dans l'expertise T._____ de mai 2010, contrairement à ce que soutient le SMR dans son avis du 1er novembre 2013. Pro memoria, l'expertise du SMR retenait des lombosciatalgies droites dans le contexte d'un léger trouble statique, une discopathie L4-L5 protrusive et L5-S1, une hernie discale L5-S1 quasiment résorbée et l'absence de signe compressif ou irritatif. En 2013, il est retenu une hernie discale L5-S1 postéro-latérale droite avec un conflit avec la racine S1 et une protrusion discale récessale et foraminale avec un conflit L4 et L5 à droite. La Dresse I._____ avait en outre souligné, en septembre 2010, qu'une détérioration dans le futur était possible, voire probable, en présence d'une volumineuse hernie et d'une exacerbation ponctuelle forte des douleurs. Ainsi, si l'on peut suivre l'intimé, respectivement le SMR, lorsqu'ils retiennent une aggravation de l'état de santé somatique dès mars 2013, on peine à comprendre les raisons qui les conduisent à admettre un retour à l'état clinique de la recourante dès le 28 août 2013. S'il appert que le signe de Lasègue a certes évolué de 40°, voire 30°, à 60° à droite, il y a lieu de relever qu'il

- 24 - s'agit d'un signe clinique désignant une douleur, un examen d'imagerie permet quant à lui une appréciation clinique plus objective. cc) Les considérations médicales faites à la suite de l'examen clinique du 26 avril 2012 conduisent à admettre la péjoration de l'état de santé physique de la recourante dès le mois de mars 2013, sans qu'il soit possible de retenir un retour à l'état clinique prévalant avant cette date, à la fin août 2013. Il s'ensuit que ni l'état de santé de la recourante sur le plan somatique ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité résiduelle de travail n'ont pu être établis de manière probante. Les considérations des Drs G._____, S._____ et W._____ ne suffisent pas à statuer sur ces questions ; elles auraient dû inciter l'intimé à ordonner une expertise médicale tendant à clarifier la situation, étant précisé que ces considérations, émises près d'une année après l'examen clinique de la Dresse A._____, ont conduit le SMR et l'intimé à admettre une aggravation. On peut ainsi reprocher à l'OAI de ne pas avoir instruit, notamment par un examen complémentaire de la Dresse A._____, les éléments retenus par les médecins précités. Compte tenu de ces circonstances, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPG –

apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de renvoyer l'affaire pour que l'office intimé procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins d'élucider les points qui précèdent, particulièrement en mettant en œuvre une expertise rhumatologique, tout en respectant le droit de participation des parties (cf. art. 44 LPGGA ; ATF 137 V 210). Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision.

E. 6

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 29 juillet 2013 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit aux prestations de la recourante.

- 25 - b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté. c) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGGA ; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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