

VD_GERICHTE ZD14.048122 vom 5. Mai 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-05-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.048122

FR: VD_GERICHTE ZD14.048122 du 5 mai 2017

IT: VD_GERICHTE ZD14.048122 del 5 maggio 2017

Erwägungen

E. 5

a) En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la troisième demande de prestations AI de l'assurée en se fondant sur les rapports des Drs G._____, J._____ et X._____ et a repris l'instruction en ordonnant notamment une expertise psychiatrique auprès du Dr C._____. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse du 31 octobre 2014, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI. La dernière décision de refus de prestations entrée en force est ici la décision rendue le 16 octobre 2008 par l'OAI, suite à la deuxième demande de prestations AI de la recourante. Celle-ci est en effet entrée en force faute de recours dans le délai légal. Le fait que, comme le soutient l'intéressée dans son recours (allégué 16), elle n'aurait pas eu la force d'agir contre cette décision, n'y change rien. Cette décision est devenue définitive et c'est avec elle que la comparaison de l'état de santé de l'intéressée doit être faite. b) La décision du 16 octobre 2008 reposait essentiellement sur l'expertise du Dr W._____ qui avait posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble somatoforme indifférencié, dysthymie et trouble panique, ces affections datant de 2001, année du suicide de l'époux de la recourante. L'expert estimait alors notamment que le trouble somatoforme n'était pas particulièrement

- 42 - sévère et que les comorbidités psychiatriques n'empêchaient pas la recourante de mobiliser ses ressources personnelles afin de surmonter les conséquences dudit trouble somatoforme. En substance, le Dr W._____ retenait que les critères n'étaient pas remplis pour retenir un caractère incapacitant au trouble somatoforme et que la capacité de travail était pleine et entière dans toute activité. Sur cette base, l'OAI a refusé la demande de prestations, au motif que le trouble somatoforme ne constituait pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. c) aa) Pour se prononcer sur la troisième demande de prestations de l'assurée, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr C._____. Dans son expertise du 24 février 2014, l'expert a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant, dysthymie et trouble anxieux sans précision. Il a en particulier relevé que, du point de vue psychiatrique, l'intéressée était capable de travailler et ceci au moins depuis le dépôt de sa demande de prestations AI, dans son activité habituelle ou dans des travaux simples (p.ex. travail à domicile). A ce stade, il y a lieu de rappeler ce qui suit. bb) aaa) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14

avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du

E. 9

février 2007, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008). bbb) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existait, jusqu'à l'arrêt rendu le 3 juin 2015 par le Tribunal fédéral en la cause 9C_492/2014 publié aux ATF 141 V 281, une présomption selon

- 43 - laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne disposait pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles étaient réunies devait être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retenait, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvaient constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on devait conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; notamment TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et références citées).

- 44 - ccc) Dans l'ATF 141 V 281 cité ci-dessus, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). En d'autres termes, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière

concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (consid. 6 de l'arrêt cité). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (ch. F 45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies]-10 2014). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou

- 45 - d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt précité).

- 46 - La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est

notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt précité). Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TF 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1 ; TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016). cc) Le Dr C. _____ a conclu que le syndrome douloureux somatoforme persistant affectant la recourante ne présentait aucun caractère incapacitant, sur la base des anciens critères développés par la

- 47 - jurisprudence. Il convient dès lors d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente. A cet égard, on relèvera que le diagnostic a été posé par l'expert psychiatre, selon les règles de l'art, et qu'il a été fait état de douleurs persistantes avec troubles du sommeil, sans qu'une exagération des symptômes permettant d'exclure toute atteinte à la santé ne soit mise en exergue. Cela dit, les critères du degré de gravité fonctionnel et de la cohérence des troubles ne sont pas réalisés. En effet, il apparaît que la recourante ne ressentait pas le besoin d'un traitement médical puisqu'elle a interrompu tout suivi psychiatrique en août 2008 avant de le reprendre « sur insistance de son médecin généraliste » en janvier 2013 seulement (expertise du Dr C. _____ du 24 février 2014 p. 9 ; rapport médical du Dr X. _____ du 7 mars 2013 p. 1). Par ailleurs, la recourante, qui ne présente aucun signe de négligence physique, a retrouvé un emploi en qualité d'aide de cuisine auprès de l'Hôpital [...] depuis mars 2009. Elle s'occupe seule de son ménage, prépare les repas et fait les commissions, même si elle reçoit de l'aide pour les charges lourdes (expertise du Dr C. _____ du 24 février 2014 p. 14 ; rapport médical de la Dresse N. _____ du 28 janvier 2015 p. 14). L'intéressée est en outre parvenue à garder une vie sociale globalement inchangée malgré ses atteintes à la santé (pour rappel, selon l'expertise du Dr W. _____ du 28 février 2008 [p. 13], l'assurée n'avait « pas beaucoup d'amis mais n'en avait pas non plus beaucoup précédemment, s'étant beaucoup investie dans son activité professionnelle »). Elle entretient de bonnes relations avec ses deux filles, ainsi qu'avec ses frères et sœurs en Suisse et à l'étranger avec lesquels elle discute régulièrement par téléphone ; elle a même un contact étroit avec une de ses sœurs habitant en Suisse (expertise du Dr C. _____ du 24 février 2014 p. 2 et 4 ; rapport médical de la Dresse N. _____ du 28 janvier 2015 p. 14). Elle a eu quelques relations sentimentales avec des hommes après le décès de son époux (expertise du Dr C. _____ du 24 février 2014 p. 4 ; rapport médical de la Dresse N. _____ du 28 janvier 2015 p. 13) et il lui arrive de boire de temps en temps un café avec deux de ses collègues de travail – qui sont devenues des « copines » – après le travail (rapport médical de la

- 48 - Dresse N._____ du 28 janvier 2015 p. 13). On constate par ailleurs que, malgré son anxiété, l'intéressée parvient à se déplacer seule, que ce soit en voiture entre son domicile et son lieu de travail (environ 15 minutes) ou en train ; elle a notamment fait près de 100 km avec plusieurs changements de train entre son domicile et le cabinet de l'expert C._____ (expertise du Dr C._____ du 24 février 2014 p. 17 ; rapport médical de la Dresse N._____ du 28 janvier 2015 p. 13). Finalement, la recourante ne présente aucun signe de maladie psychiatrique ni de trouble de la personnalité décompensé et ses comorbidités psychiatriques, à savoir une dysthymie et un trouble anxieux, sont sans limitation fonctionnelle handicapante. Elle n'a pas non plus d'idées suicidaires (expertise du Dr C._____ du 24 février 2014 p. 17 et 18). Ainsi, selon les nouveaux critères jurisprudentiels, le syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué par l'expert C._____ n'est pas invalidant. On relèvera encore que le Dr C._____ a étudié l'ensemble du dossier (anamnèse) et en particulier l'expertise du Dr W._____, avec laquelle il tire des parallèles. Il a également tenu compte des plaintes de la recourante, a discuté de sa situation médicale et est revenu sur les avis médicaux du Dr X._____, qu'il n'hésite pas à contester lorsqu'il l'estime nécessaire. Il a par ailleurs motivé ses conclusions de manière claire et convaincante, de sorte qu'il y a lieu de reconnaître pleine valeur probante à son expertise. dd) En outre, aucun des avis médicaux figurant au dossier ne permet de s'écarter des conclusions de l'expert C._____ quant à la capacité de travail de la recourante. Le Dr X._____ met en exergue des symptômes anxieux, des troubles du sommeil, une fatigabilité, une instabilité de l'humeur et des plaintes dans le registre somatique (rapports médicaux des 7 mars 2013 points 1.4 et 1.6 et 2 juillet 2013 point 1.4). Il retient tout d'abord – à la demande de sa patiente – une capacité de travail de 70 % environ, avant de l'évaluer quatre mois plus tard à 30-40 %. Le psychiatre X._____ ne motive toutefois pas objectivement les raisons médicales qui justifieraient

- 49 - de retenir une capacité de travail diminuée dans le cas de l'intéressée. On ne voit ainsi pas en quoi son point de vue sur la capacité de travail primerait celui de l'expert nettement mieux explicité, ce d'autant plus que ses constatations cliniques ont été prises en considération par l'expert qui les a lui aussi relevées malgré des diagnostics différents. Il en va de même s'agissant des rapports du Dr G._____ (rapport médical du 25 février 2013 et courrier du 8 avril 2014). Ses constatations cliniques (douleurs rachidiennes, syndrome dépressif et fatigue marquée, ainsi que manque de confiance, anxiété et tolérance faible au stress) sont similaires à celles faites par le Dr C._____ dans son expertise. Cela dit, son évaluation de la capacité de travail de l'intéressée (30-50 % selon son rapport médical du 25 février 2013, inférieure à 100 % sans autre précision selon son courrier du 8 avril 2014) ne permet pas de remettre en cause l'expertise complète et convaincante de l'expert, faute de véritable motivation objective. Le Dr J._____ ne fait état d'aucune incapacité de travail (rapport médical du 12 mars 2013). Enfin, dans son rapport médical du 28 janvier 2015, la Dresse N._____ pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de fluctuations entre des épisodes moyens et des épisodes sévères, d'anxiété généralisée, de modification durable de la personnalité après un deuil et de syndrome douloureux somatoforme persistant et évalue la capacité de travail de la recourante à 30 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles. La psychiatre n'apporte cependant aucun élément nouveau permettant de s'écarter des conclusions de l'expert C._____. En effet, elle ne fait pas véritablement état d'une aggravation de la situation de l'intéressée depuis octobre 2008 (dernière décision entrée en force), mais se contente plutôt de décrire l'évolution de celle-ci depuis 2001, année du suicide de son époux, et 2004, année où elle situe une aggravation de l'état de

santé de la recourante en raison de l'apparition des douleurs. La Dresse N._____ ne met pas non plus en évidence d'éléments cliniques qui auraient été ignorés par l'expert. En effet, ses constatations cliniques

- 50 - (variation de la symptomatologie dépressive et anxieuse, troubles du sommeil, perte de confiance, anxiété, douleurs, thymie triste, deuil difficile, trouble de la mémoire, sentiment de dénigrement, dévalorisation, etc.) étaient connues du Dr C._____ qui en a discuté dans son expertise. Dans ce contexte, il faut constater que l'avis des deux psychiatres susmentionnés divergent sur les diagnostics et les effets de ceux-ci sur la capacité de travail de l'intéressée, et non sur la situation clinique de cette dernière. Il s'agit donc en réalité d'une évaluation différente d'une même situation, de sorte qu'il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions du Dr C._____ qui, comme mentionné plus haut, sont claires, bien motivées et convaincantes. Faute d'éléments suffisants pour remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr C._____, les conclusions de ce dernier doivent être suivies. Il y a donc lieu de reconnaître à la recourante une pleine capacité de travail dans toute activité au moment de la décision du 31 octobre 2014. d) Au vu de ce qui précède, force est de constater que la situation décrite par l'expert C._____ en 2014 n'est pas différente de celle qui prévalait à l'époque de l'expertise W._____ en 2008. Ainsi, en l'absence d'évolution notable de l'état de santé de la recourante, les conditions d'une révision ne sont pas remplies. Les motifs pour lesquels l'intéressée n'a pas recouru contre la décision de l'OAI du 16 octobre 2008 n'y changent rien, comme expliqué ci-dessus (consid. 5a supra), dans la mesure où la décision de l'OAI de 2008 est dans tous les cas entrée en force. C'est donc à juste titre que l'OAI a rejeté la troisième demande de prestations AI de la recourante.

- 51 - 6. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert à titre subsidiaire la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (ATF 122 II 464 consid. 4a et 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2). 7. a) En définitive, 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 prestations de l'assurance-invalidité 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 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. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas 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.