

VD_GERICHTE ZD15.012593 vom 2. Dezember 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.012593

FR: VD_GERICHTE ZD15.012593 du 2 décembre 2015

IT: VD_GERICHTE ZD15.012593 del 2 dicembre 2015

Erwägungen

E. 3

septembre 2008 du Dr M. _____, médecin généraliste traitant de l'assurée, un avis de sortie d'hospitalisation psychiatrique du 23 juillet 2007 du Z. _____ et un rapport médical du 6 mai 2009 de la Dresse V. _____, médecin psychiatre traitant de l'assurée. Ces rapports médicaux n'ont certes pas la même valeur probante qu'une expertise du COMAI. Cependant, l'existence d'une telle expertise dans une procédure antérieure n'impose pas à nouveau la mise en œuvre d'une expertise similaire dans le cadre des révisions ultérieures. En matière de révision, il ne s'impose pas non plus que l'expert mandaté ou les médecins interpellés par l'OAI dans la précédente procédure le soient à nouveau. De surcroît, le SMR a pris position à deux reprises, soit en date du 13 novembre 2008 et du 9 juin 2009. Toujours dans le cadre de la procédure initiée en 2008, l'assurée a bénéficié de mesures d'orientation professionnelle et d'aide au placement (à laquelle la recourante a d'ailleurs finalement renoncé). La procédure est donc également complète sous l'angle des mesures de

- 25 - réadaptation qui doivent être tentées avant l'éventuel examen du droit à la rente. Enfin, une comparaison des revenus ne s'imposait pas, l'assurée présentant une capacité de travail de 70 % en toutes activités, avec pour conséquence dans le cas particulier que le degré d'invalidité se confondait avec celui d'incapacité de travail. Pour rappel, on se trouvait en présence d'une activité habituelle de coiffeuse et, au vu du bilan d'orientation professionnelle, d'activités simples et répétitives pour ce qui est des autres emplois potentiels. Néanmoins, étant donné que les rapports médicaux au dossier de la procédure de révision initiée en 2008 se réfèrent à l'expertise du COMAI de 2005 pour conclure à une situation inchangée, l'examen actuel d'une modification de l'état de santé de l'assurée reposera indirectement sur cette expertise, principalement pour ce qui est de la comparaison des diagnostics. Au demeurant, le SMR cite également l'expertise du COMAI dans son avis du 10 mars 2015. Si les références à cette expertise s'avèrent ainsi inévitables, il n'en demeure pas moins que l'évolution de l'état de santé s'appréciera avec comme point de comparaison la situation prévalant lors de la décision du 21 juillet 2009.

E. 5

a) Au vu de ce qui précède, il s'agit donc de déterminer si une aggravation de l'état de santé de la recourante est effectivement intervenue depuis la décision de refus de prestations du 21 juillet 2009, étant précisé que la révision n'est litigieuse que pour ce qui concerne l'atteinte à la santé, plus particulièrement sur le plan psychique. Les atteintes somatiques ne sont pas incapacitantes, comme l'atteste au demeurant le Dr M. _____ dans son rapport médical du 15 août 2014. Avant d'examiner plus avant la question de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, il convient toutefois de rappeler les éléments suivants.

- 26 - b) 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. 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. Est réputée incapacité de travail 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des

- 27 - 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). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois 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 devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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 et 6).

E. 6

Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). 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 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et

TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

- 28 - 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, 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 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

E. 7

a) En l'espèce, doivent tout d'abord être comparés les rapports de la Dresse V. _____ du 6 mai 2009 et du 2 septembre 2014. Dans ce dernier rapport, la psychiatre fait certes état de nouveaux diagnostics incapacitants, mais cela ne signifie pas pour autant qu'il s'agisse d'atteintes apparues seulement depuis le rapport précédent. Bien au contraire, la Dresse V. _____ paraît dater l'apparition de l'ensemble des troubles actuels entre l'adolescence et le début de l'âge adulte. A l'instar du SMR, on observera que le trouble dépressif récurrent et la dysthymie ont été diagnostiqués dans le cadre de l'expertise du COMAI. S'agissant du trouble mixte de la personnalité avec traits anxieux et

- 29 - dépendants (F61), on s'aperçoit, à la lecture de la CIM-10 (Classification internationale des maladies selon l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) que cette atteinte entre dans une catégorie de troubles de la personnalité ne présentant pas les caractéristiques symptomatiques spécifiques des troubles décrits en F60, dont les troubles de la personnalité anxieuse et dépendante (F60.6 et F60.7) font partie. Il ne s'agit donc pas d'un nouveau diagnostic mais d'une précision de diagnostic. Le trouble panique (F41.0) est quant à lui déjà décrit dans le rapport du 16 janvier 2003 du Z. _____. L'expertise COMAI de 2005 mentionne également l'existence d'attaques hebdomadaires de panique avec phobie sociale depuis au moins 2001 (cf. rapport d'expertise du 23 septembre 2005 du COMAI p. 32). Dans son rapport du 2 septembre 2014, la Dresse V. _____ évoque quant à elle des attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de panique). Il s'agit donc d'une appréciation différente d'un contexte de fait médical identique, la différence résidant dans le fait que l'experte Q. _____ du COMAI ne pose pas de diagnostic spécifique au contraire du psychiatre traitant. On se ralliera à l'avis du SMR s'agissant de l'existence de TOC, déjà diagnostiqués en 2002 (cf. notamment le rapport médical du 12 septembre 2002 du Dr H. _____). Cela étant dit, au vu de la nature de ceux-ci, il paraît très peu vraisemblable qu'ils soient à eux seuls incapacitants. Il en va de même pour le syndrome de dépendance à l'alcool, d'autant que son utilisation est qualifiée d'épisodique par la Dresse V. _____. Dans son rapport du 2 septembre 2014, la psychiatre évoque un antécédent d'état de stress

post-traumatique, sans autre développement. Il est manifeste que ce diagnostic repose sur l'anamnèse, plus particulièrement les événements vécus par l'assurée pendant son enfance et son adolescence, lesquels ont été pris en compte dans le cadre de l'expertise du COMAI, sans cependant générer un diagnostic spécifique. Enfin, on observera qu'il n'y a pas eu d'hospitalisation de longue durée depuis la dernière révision (cf ch. 1.3 des deux rapports médicaux de la Dresse V._____ et ch. 1.3 également du rapport médical du 15 août 2014 du Dr M._____). Au vu de ce qui précède, il n'existe donc pas de diagnostics nouveaux, respectivement de nouveaux éléments cliniques ou anamnestiques, révélateurs d'une atteinte à la santé jusque-là ignorée.

- 30 - b) Reste à déterminer si les troubles psychiques dont souffre la recourante influent d'une manière nouvelle sur sa capacité de travail. Pour mémoire, celle-ci a été fixée à 70% en toutes activités par l'expertise du COMAI, ceci essentiellement en relation avec la personnalité émotionnellement labile type borderline et le trouble dépressif récurrent de l'assurée. Ces atteintes induisent des crises émotionnelles et relationnelles, une difficulté à gérer les conflits et le stress, une tendance au « tout ou rien », des passages à l'acte, une motivation diminuée et une tendance à la dévalorisation (cf. rapport d'expertise du 23 septembre 2005 du COMAI p. 36). La fatigue accrue empêche l'assurée de tenir un horaire à plein temps avec un rendement normal. Les experts du COMAI précisent, s'agissant de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, qu'elle constitue le problème majeur de l'assurée. Après une décompensation dès l'adolescence, cette personnalité s'était progressivement compensée et l'assurée pouvait mieux fonctionner dans le quotidien. Au jour de l'expertise, la situation demeurait cependant fragile sur le plan psychique et les experts suggéraient une réadaptation à 70 % dans la mesure où l'assurée paraissait avoir certaines ressources et compétences méritant d'être utilisées (cf. rapport d'expertise du 23 septembre 2005 du COMAI p. 32 et 33). Pour mémoire toujours, on rappellera que dans son courrier du 9 juin 2008, l'assurée se prévalait d'ailleurs d'une amélioration significative de son état de santé depuis la décision du 6 mars 2006 et qu'elle demandait des mesures professionnelles. La procédure a débouché sur les communications d'octroi d'orientation professionnelle puis d'aide au placement, cependant demeurées vaines. Concrètement, pendant la période située entre les décisions de 2006 et 2009, l'assurée n'a exercé aucune activité professionnelle. Début 2010, elle a réactivé la demande d'aide au placement. S'en est suivi la procédure de détection précoce et différents stages ont été mis en place. Dans l'intervalle, soit courant 2009, avec l'accompagnement de sa psychiatre, l'assurée a cessé toute médication, méthadone comprise, et ce pendant trois ans.

- 31 - c) Dans cette affaire, on ne saurait tout d'abord écarter purement et simplement les observations du spécialiste en réinsertion professionnelle, auteur du rapport de détection précoce du 3 juillet 2014, au seul motif qu'il ne s'agit pas d'une appréciation médicale. Ce spécialiste relève en l'occurrence que si de prime abord la situation ne semble pas avoir vraiment changé par rapport au rapport médical du médecin psychiatre de mai 2009, l'assurée lui semble clairement dans l'incapacité de travailler actuellement. Quant à la Dresse V._____, elle relève que les pathologies psychiatriques de sa patiente se sont révélées de manière plus précise et plus intense après son sevrage à l'héroïne et au Dormicum (benzodiazépine) en 2009 et à la méthadone en 2011. Elle mentionne encore que malgré toute sa bonne volonté, les essais de sa patiente de se confronter à nouveau à une activité, quelle qu'elle soit, ont été infructueux et lui ont fait vivre une succession d'échecs péjorant encore plus son état psychique. On rappellera ici que l'expertise de 2005 du

COMAI qualifiait de fragile la situation psychique de l'assurée quand bien même le trouble de la personnalité était à l'époque compensé. Ce constat de fragilité tend plutôt à étayer le caractère négatif de l'évolution observée par la Drsse V. _____ depuis 2009. Ainsi, on ne peut que constater que la procédure administrative a révélé des éléments de fait évocateurs d'une aggravation des troubles psychiques de l'assurée susceptibles de se répercuter sur sa capacité de travail. d) Au vu des considérations qui précèdent, le recours sera admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction, notamment mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

E. 8

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. 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

- 32 - prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) Obtenant gain de cause, la recourante, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). La recourante est en outre au bénéfice de l'assistance judiciaire. L'indemnité de dépens précitée, mise à la charge d'une institution d'assurances sociales, est à même de couvrir la rémunération du conseil d'office, de sorte qu'il n'y a pas lieu de fixer précisément le montant de l'indemnité qui aurait dû lui être versée (art. 118 et 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

- 33 -

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