

VD_GERICHTE ZD15.036434 vom 17. Januar 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.036434

FR: VD_GERICHTE ZD15.036434 du 17 janvier 2018

IT: VD_GERICHTE ZD15.036434 del 17 gennaio 2018

Erwägungen

E. 3

a) 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 ; art. 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 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. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au

- 24 - moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 s'il est invalide à 70 % au moins. c) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant 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 (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable ; lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la

capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 et 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_262/2016 du 30 août 2016 consid. 5.1 et 9C_177/2015 du 18 septembre 2015 consid. 4.1)

- 25 -

E. 4

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) L'assureur social – 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, 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci 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. 3 et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2). Les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI, bien qu'ils ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles

- 26 - (ATF 135 V 254 consid. 3.4), peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_80/2016 du 10 août 2016 consid. 5.1). c) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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 (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_662/2016 du 15 mars 2017 consid. 2.2 et 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter,

dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 et 125 V 193 consid. 2 ; TF 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2).

E. 5

a) En l'espèce, la décision litigieuse de l'OAI est fondée principalement sur l'appréciation du 5 février 2015 de la Dresse W. _____ du SMR, confirmée par la suite par les avis médicaux SMR des 28 juin 2016, 18 avril 2017, 6 juillet 2017 et 21 septembre 2017. La praticienne a posé les diagnostics d'allodynie et d'hyperesthésie de la main droite après cure de tunnel carpien sur le plan somatique et n'a retenu aucun diagnostic sur le plan psychique. Elle a estimé que la recourante était incapable de travailler dans son activité habituelle d'esthéticienne depuis le 12 octobre 2012, mais capable de travailler à 100 % dans une activité

- 27 - adaptée, soit toute activité sollicitant peu la main et le bras droits, sans port de charge avec la main droite et n'exigeant pas de travailler avec les bras au-dessus de la tête.

L'aptitude à la réadaptation a été fixée au 24 février 2014. b) Il s'avère que les avis médicaux SMR de la Dresse W. _____, qui n'a jamais examiné la recourante,

n'emportent pas la conviction de la Cour de céans. Plusieurs éléments sont en effet propres à faire naître un doute quant à la fiabilité et à la pertinence de son appréciation.

Premièrement, une partie des informations transmises au SMR par l'intimé s'agissant des mesures de réadaptation proposées à l'intéressée était erronée. En effet, dans le mandat SMR du 11 décembre 2014, l'intimé a indiqué que la recourante avait refusé les mesures d'intervention précoce proposées, alors qu'en réalité elle s'était déclarée « partante » pour ces mesures en mai 2014 (rapport initial « IP » du 13 mai 2014) et que l'OAI avait admis en août 2014 le report du stage d'orientation professionnelle (« refus temporaire »), au motif que la situation de l'intéressée n'était pas stabilisée et qu'un tel stage paraissait incompatible avec le traitement d'ergothérapie qu'elle suivait. Dans un autre registre, la Cour observe que l'intimé a admis en août 2014 qu'une mesure d'ordre professionnel était incompatible avec le traitement en cours et l'état de santé de la recourante à ce moment-là, ce qui est un indice important qu'au moins à cette époque-là, l'intéressée n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle. Or, dans son rapport SMR du 5 février 2015, la Dresse W. _____ s'est référée uniquement aux rapports médicaux du Dr P. _____, de la Prof. N. _____ et du Dr F. _____, sans faire aucune mention du rapport du 30 juillet 2014 de l'ergothérapeute R. _____ à l'origine de l'interruption des mesures de réadaptation. Le rapport du SMR, qui élude totalement les problématiques de la capacité de travail de la recourante au moment de la réadaptation et des circonstances ayant conduit à l'interruption de cette

- 28 - mesure n'est dès lors pas convaincant. Ces problématiques méritaient une clarification qui n'a pas été demandée par l'intimé. Finalement, certains éléments médicaux dont l'intéressée s'est prévalue en procédure de recours justifient eux aussi de remettre en cause l'appréciation du SMR, sur le plan somatique comme sur le plan psychique. Sur le plan somatique, le Prof. S. _____ et la Dresse M. _____ ont mis en évidence des atteintes qui n'avaient pas été décelées auparavant par les autres praticiens appelés à se déterminer sur le cas de l'intéressée et qui pourraient expliquer les douleurs ressenties par cette dernière. Ces spécialistes ont fait état d'une neuropathie du nerf ulnaire (protocole opératoire du 6 septembre 2016) avec forte déviation du nerf ulnaire en direction du nerf

médian (rapport du 10 août 2017 du Prof. S. _____), respectivement d'une compression du nerf ulnaire avec trajet aberrant du nerf ulnaire dans la région de l'os pisiforme (rapport du

E. 9

février 2017 de la Dresse M. _____). Le Prof. S. _____ a en outre observé une nette compression avec déformation du nerf en sablier (protocole opératoire du 6 septembre 2016). Tant le Prof. S. _____ que la Dresse M. _____ se sont fondés sur des éléments cliniques objectifs dont la Prof. N. _____ et le Dr F. _____ n'avaient pas connaissance lorsqu'ils se sont prononcés sur la capacité résiduelle de travail de la recourante en 2013 et 2014. Le SMR a estimé néanmoins que les rapports des spécialistes devaient être écartés, au motif qu'il s'agirait d'une simple appréciation différente d'un même état de fait (avis médicaux du SMR des 18 avril et 21 septembre 2017). Or, dans la mesure où la présente procédure n'est pas une procédure de révision mais bien l'examen d'une première demande de prestations AI, cet argument n'est pas pertinent. Dans ce contexte, bien que les éléments cliniques mis en évidence paraissent démontrer une atteinte relativement circonscrite, l'avis du SMR ne peut être suivi. Il existe ainsi une incertitude sur la nature exacte des troubles somatiques présentés par la recourante et leur influence sur sa capacité de travail.

- 29 - Sur le plan psychique, la Prof. N. _____ a posé le diagnostic d'état dépressif en raison de troubles du sommeil chroniques liés à des douleurs, respectivement d'état dépressif lié à la résurgence de l'allodynie (rapports des 15 septembre 2015, 28 décembre 2015 et 14 mars 2016). Les Dresses M. _____ et U. _____ ont en outre estimé que les allodynies de la recourante présentaient des douleurs entraînant un syndrome dépressif (rapport du 9 février 2017 de la Dresse M. _____), respectivement pouvant entraîner des états dépressifs (certificat médical de la Dresse U. _____ du 21 mai 2017). La Dresse W. _____ du SMR a reconnu une péjoration de la situation de l'intéressée, avec notamment une symptomatologie psychique, à compter de septembre 2015 (avis médicaux SMR des 28 juin 2016 et 18 avril 2017). Elle a en revanche nié toute atteinte psychique au moment du prononcé de la décision litigieuse du 22 juin 2015, sans aucune explication objective ni investigation complémentaire, pour la seule raison semble-t-il que le diagnostic de trouble dépressif a été articulé pour la première fois en septembre 2015. Or, compte tenu des causes alléguées du possible état dépressif de l'intéressée (troubles du sommeil chroniques et résurgence de l'allodynie) et du fait que le SMR a admis une péjoration de sa symptomatologie psychique, on ne peut exclure la présence chez la recourante avant septembre 2015 d'une atteinte à la santé psychique invalidante ayant une influence sur sa capacité de travail, au seul motif que les médecins ont posé le diagnostic pour la première fois à ce moment-là. Faute d'argument médical, l'appréciation du SMR ne l'emporte pas sur les avis de la Prof. N. _____ et des Dresses M. _____ et U. _____. Elle ne permet pas d'écarter totalement le diagnostic d'état dépressif invalidant. c) Compte tenu de ce qui précède, il existe des indices tendant à démontrer que l'intéressée était incapable d'exercer toute activité professionnelle en août 2014 et qu'elle pourrait avoir souffert d'une compression du nerf ulnaire voire d'un état dépressif à même d'influer sur sa capacité de travail, non seulement dans son activité habituelle mais également dans une activité adaptée. Ces questions n'ayant fait l'objet d'aucune investigation de la part de l'OAI, il est impossible pour la Cour de céans de se prononcer sur l'état de santé de l'intéressée sur le plan

- 30 - somatique et l'évolution de sa capacité de travail depuis 2013. On ignore également si la recourante présentait une atteinte psychique invalidante, et cas échéant, quelle était son influence sur sa capacité de travail et depuis quand. Force est ainsi de constater que le dossier de la recourante, lacunaire sur le plan somatique et psychique, ne permet pas d'apprécier à satisfaction de droit la nature des atteintes dont elle souffre et leurs conséquences éventuelles sur la capacité de travail. Le recours est par conséquent bien fondé.

- 31 - 6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, les faits médicaux pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, tant sur le plan somatique que psychique. Il apparaît que l'instruction doit être complétée afin que les diagnostics à poser et l'étendue de leur caractère invalidant éventuel puissent être examinés. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner 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 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, comprenant au moins un volet chirurgical de la main et un volet

- 32 - psychique. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante. 7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. 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'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'intimé, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA) qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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