

VD_GERICHTE ZD15.039084 vom 20. September 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-09-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.039084

FR: VD_GERICHTE ZD15.039084 du 20 septembre 2016

IT: VD_GERICHTE ZD15.039084 del 20 settembre 2016

Erwägungen

E. 5

C'est ici le lieu de rappeler que d'après un principe général applicable dans la procédure administrative, lorsqu'une autorité de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. L'autorité inférieure voit alors sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (cf. TF 9C_457/2013 précité loc. cit. et 9C_340/2013 du 25 juin 2013 consid. 3.1, avec les références citées).

- 23 -

E. 5.2

in fine et la référence citée). 4. a) 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 (cf. art 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports

- 22 - 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. 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 n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

E. 6

Il est constant que la décision de refus de prestations rendue le 14 septembre 2012 par l'OAI a été annulée par la Cour de céans le 19 mars 2013 (AI 244/12 – 62/2013), avec renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction sur le plan médical, sous la forme d'une expertise rhumatologique. Après avoir repris l'instruction de l'affaire, l'OAI a maintenu son refus de prester par décision du 2 juillet 2015, objet de la présente contestation. Il s'est en particulier fondé sur le rapport d'expertise rhumatologique du 27 septembre 2013 du Dr F._____ pour retenir que l'assurée disposait d'une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (d'une capacité de 60% dans le cadre des activités ménagères). C'est sur cette base que l'intimé a nié le droit à la rente d'invalidité. La recourante, de son côté, a contesté le positionnement de l'OAI en se prévalant de l'avis de ses médecins traitants, soit en particulier les Drs U._____, I._____ et M._____. a) Il convient en premier lieu de s'arrêter sur les atteintes somatiques de la recourante. aa) A la suite de l'arrêt cantonal susdit du 19 mars 2013, l'assurée a fait l'objet d'investigations supplémentaires au niveau rhumatologique – aspect sur lequel aucun spécialiste ne s'était exprimé jusqu'alors (cf. avis médical SMR du Dr T._____ du 28 novembre 2012). Aux termes de son rapport d'expertise du 27 septembre 2013, le Dr F._____ a retenu des atteintes incapacitantes sous forme de cervico-brachialgies droites chroniques, de lombalgies chroniques et de troubles dégénératifs du rachis. Il a par ailleurs évoqué des douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette, sans impact sur la capacité de travail. Cela étant, le Dr F._____ a considéré que, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée était de 80% dans une activité légère excluant le port de charges de plus de 5 kg et les

- 24 - mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, le travail, et permettant l'alternance des positions assise/debout une fois par heure. Dans les activités ménagères, l'expert a estimé que la capacité de l'intéressée était de 60% en regard des tâches assumées pouvant impliquer le rachis (cf. rapport d'expertise du 27 septembre 2013 pp 6 ss). Il est vrai qu'aucun avis médical au dossier ne vient contredire l'appréciation de l'expert F._____. Notamment, quoi qu'en dise la recourante, l'avis de ses médecins généralistes traitants successifs (Drs U._____ et M._____) ou de son psychiatre le Dr I._____ ne contiennent aucun élément déterminant du point de vue strictement rhumatologique. Plus particulièrement, dans ses prises de position ultérieures à l'expertise (des 23 juin et 4 août 2014), le Dr M._____ s'est contenté d'insister sur les comorbidités de l'assurée se surajoutant à la problématique rhumatologique. Pour autant, l'évaluation de l'expert F._____ peine à convaincre. De fait, ce dernier a souligné que l'examen clinique restait principalement marqué par l'obésité morbide de la recourante (avec un IMC à 54) et ses

conséquences, l'embonpoint constituant une entrave pour les déplacements et les mobilisations comme pour l'habillage et le déshabillage. On pouvait dès lors s'attendre à ce que ce paramètre soit englobé dans le raisonnement médical de l'expert. La jurisprudence considère en effet que l'obésité n'est pas en soi constitutive d'invalidité mais que celle-ci doit toutefois être admise si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (cf. TF 9C_48/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.3 et 9C_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.1 ; cf. TFA I 583/82 du 17 octobre 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 359). Au cas d'espèce, du moment que les résultats de l'examen clinique rhumatologique étaient influencés – « principalement » aux dires de l'expert – par le surpoids de l'assurée, il s'imposait en conséquence de déterminer plus spécifiquement l'amplitude de cette interaction, notamment quant au rôle de l'obésité dans

- 25 - l'apparition des troubles rhumatologiques constatés, et, surtout, d'examiner dans quelle mesure il y avait lieu d'exiger de l'intéressée un effort en vue d'une réduction de l'excédent de poids – étant noté qu'au cours des dernières années, la tendance est allée à une augmentation constante de l'IMC de l'assurée (IMC de 45 en 2011 [cf. rapport du Dr U. _____ du 9 mai 2011], de 54 en 2013 [cf. rapport d'expertise rhumatologique de Dr F. _____ du 27 septembre 2013] et de 57 en 2014 [cf. rapports du Dr M. _____ des 23 juin et 4 août 2014]) – et, corollairement, d'une amélioration de l'aptitude résiduelle à exécuter une activité lucrative et/ou des travaux ménagers. Cette problématique ayant été négligée, les conclusions de l'expertise du Dr F. _____ doivent donc être considérées comme incomplètes. bb) L'instruction s'avère également insatisfaisante sur le plan cardiologique. Sur ce point, on relèvera que dans le rapport d'enquête économique sur le ménage du 10 décembre 2010 (p. 1), il était fait mention de troubles cardiologiques nécessitant un suivi auprès du Dr W. _____ depuis deux ans et ayant conduit à une hospitalisation en juillet 2010. Dans ses comptes-rendus des 23 juin et 4 août 2014, le Dr M. _____ a, pour sa part, signalé une insuffisance cardiaque chez l'assurée, annexant en outre à son rapport du 4 août 2014 diverses pièces médicales montrant en particulier que l'intéressée avait été victime d'une décompensation cardiaque sur dysfonction diastolique en juillet 2010 (cf. rapport du Dr W. _____ du 9 décembre 2010 p. 1). L'intimé a néanmoins statué le 2 juillet 2015 sans avoir investigué cet aspect. En procédure judiciaire, à la suite d'un rapport du Dr W. _____ du 29 mai 2015 évoquant notamment une patiente à très haut risque cardio-vasculaire avec des douleurs itératives et signalant des pressions de remplissage ventriculaires gauches possiblement à l'origine de la décompensation cardiaque de 2010, le SMR (et corrélativement l'OAI) a concédé qu'il y avait lieu d'obtenir des informations complémentaires quant à d'éventuelles limitations d'origine cardiologique, le Dr W. _____ étant demeuré silencieux à ce propos dans son rapport précité (cf. avis médical

- 26 - SMR des Drs Q. _____ et X. _____ du 2 décembre 2015 et duplique de l'OAI du 15 décembre 2015 p. 1). Cet aspect reste donc à élucider. Au demeurant, comme pour les atteintes rhumatologiques de l'assurée (cf. consid. 6a/aa supra), force est de constater qu'aucun avis médical ne s'est jusqu'ici penché sur l'interaction entre les troubles cardiologiques et le problème de surpoids de l'intéressée. cc) De ce qui précède, il résulte que des investigations complémentaires s'imposent au niveau somatique. b) Au niveau psychique, il est constant qu'aux termes de son arrêt du 19 mars 2013, la Cour de céans a

reconnu valeur probante au rapport d'examen clinique psychiatrique du Dr S. _____ du 26 mars 2012 qui concluait à l'absence de toute atteinte psychiatrique se répercutant sur la capacité de travail. Cet arrêt n'ayant pas été contesté et étant ainsi entré en force, la Cour ne saurait, en principe, revenir sur sa position dans le cadre de la présente procédure judiciaire (cf. consid. 5 supra). Néanmoins, il appert que les mesures d'instruction entreprises par l'OAI à la suite de l'arrêt de renvoi susmentionné ont mis en lumière des éléments nouveaux, qui ne ressortait jusqu'alors pas du dossier. Plus précisément, c'est pour la première fois dans le cadre de l'expertise rhumatologique menée par le Dr F. _____ qu'ont été mentionnés des indices suggérant une fibromyalgie. Dans son rapport, l'expert a en effet signalé que ni l'examen clinique, ni les examens complémentaires ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes allégués par l'assurée, leur localisation, leur intensité et leur retentissement sur son fonctionnement. Soulignant que l'examen clinique était marqué par 14 sur 18 points de fibromyalgie auxquels se rajoutaient des signes de surcharge comportementaux et des points de contrôles positifs évocateurs d'un syndrome douloureux chronifié, l'expert a ajouté ne pas avoir pas d'explication organique quant à la globalité des douleurs alléguées par l'assurée (cf. rapport d'expertise du 27 septembre 2013 p. 7). Or, cette problématique n'a à ce jour pas été davantage approfondie.

- 27 - Au regard de telles circonstances, on ne saurait donc s'en tenir à l'appréciation fournie en 2012 par le Dr S. _____, les nouveaux éléments mis en exergue en 2013 par le Dr F. _____ méritant de faire l'objet d'investigations plus poussées, afin que la question d'une éventuelle atteinte fibromyalgique incapacitante puisse être examinée à l'aune des critères jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. ATF 141 V 281 spéc. consid. 2, 4 et 6). c) Il convient par conséquent de retenir que le dossier de la cause demeure lacunaire sur le plan médical. Par voie de conséquence, la Cour de céans n'est toujours pas en mesure de trancher le point de savoir si la recourante présente ou non une atteinte à la santé se répercutant négativement sur sa capacité de travail ou son aptitude à accomplir des travaux ménagers.

E. 7

Les parties s'opposent par ailleurs quant au statut de l'assurée. a) A ce propos, force est de rappeler qu'aux termes de son arrêt du 19 mars 2013 (AI 244/12 – 62/2013), la Cour de céans s'est prononcée sur la question. Ainsi, observant que l'intéressée critiquait le statut de 100% ménagère retenu par l'OAI, la juridiction cantonale a constaté que la recourante avait dans un premier temps déclaré qu'en bonne santé elle ne travaillerait pas mais s'occuperait essentiellement de son ménage (cf. formulaire 531bis complété le 1er mai 2010) pour ensuite affirmer que, bien portante, elle travaillerait à 100% en tant que mère au foyer et femme de chambre (cf. écriture du 9 avril 2011). Cela étant, la Cour s'est fondée sur les premières déclarations de l'assurée – auxquelles, selon la jurisprudence, il convient d'accorder la préférence en présence de versions différentes et contradictoires (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a ; cf. TF 8C_591/2015 du 19 janvier 2016 consid. 5.3 et 8C_492/2014 du 8 septembre 2015 consid. 3.3). Dans son arrêt, le Tribunal a également souligné que les premières déclarations de l'assurée (à savoir qu'elle

- 28 - n'aurait pas travaillée même en bonne santé) étaient corroborées par le fait que l'intéressée n'avait présenté que deux périodes d'incapacité de travail depuis 1997, d'un mois chacune. Quant aux déclarations postérieures, elles étaient contradictoires en elles-mêmes, puisqu'allant dans le sens d'une activité à plein temps simultanément comme mère au foyer et femme de chambre. La juridiction cantonale s'est dès lors ralliée au statut

de 100% ménagère retenu par l'OAI – statut résultant également du rapport d'enquête ménagère du 10 décembre 2010 (p. 3). L'arrêt cantonal étant entré en force, l'office intimé n'avait donc pas à revenir sur les points tranchés à cette occasion par la juridiction de céans (cf. consid. 5 supra), y compris concernant la question du statut de la recourante. b) Tel n'a toutefois pas été le cas. En effet, dans le cadre de la procédure subséquente, l'OAI a mis en œuvre une nouvelle enquête économique sur le ménage, à la suite d'un avis du Dr T. _____ observant que l'estimation des empêchements ménagers effectuée par le Dr F. _____ devrait être confrontée à une enquête à domicile (cf. avis médical SMR du 15 octobre 2013). Dans ce contexte, l'enquêtrice s'est certes prononcée sur les empêchements de l'assurée dans la tenue de son ménage, mais ses constatations ont toutefois été reprises sans avoir été préalablement mises en perspective avec celles du Dr F. _____, comme préconisé par le SMR. Bien plus, l'enquêtrice est revenue sur la problématique liée à la détermination du statut, proposant une part active de 30% et une part ménagère de 70% sur la base des déclarations de la recourante et de sa fille (cf. rapport d'enquête du 7 février 2014). Ce faisant, elle a clairement dépassé le cadre du mandat initialement défini par le SMR, qui ne portait que sur les empêchements ménagers et non sur la question du statut, déjà tranchée. L'OAI s'est malgré tout fondé sur cette nouvelle clé de répartition (cf. décision du 2 juillet 2015 p. 1), revenant ainsi sur les considérants de l'arrêt cantonal du 19 mars 2013, entré en force – ce qui n'est en principe pas admissible (cf. consid. 5 supra).

- 29 - Rien au dossier ne permet de justifier un tel revirement. En particulier, contrairement à la thèse défendue par l'office, la seconde enquête ménagère n'a apporté aucune réactualisation des données relatives au statut (cf. réponse du 29 octobre 2015 p. 2), mais a simplement fourni à la recourante l'occasion de modifier une nouvelle fois ses déclarations sur le sujet, en ce sens qu'elle aurait travaillé à 30% en bonne santé une fois ses enfants autonomes (cf. rapport d'enquête du 7 février 2014 p. 3). Elle est du reste encore revenue sur ses dires dans le cadre de la présente procédure judiciaire, en alléguant que, bien portante, elle aurait vraisemblablement « travaill[é] à 100% dans une activité de ménagère combinée à une activité de femme de chambre (cf. mémoire de recours du 14 septembre 2015 p. 5). Au regard de l'inconstance dont l'assurée a fait preuve sur ce point et à la lumière de la jurisprudence dite des premières déclarations évoquée plus haut (cf. consid. 7a supra), la Cour de céans ne voit, en définitive, aucune raison pertinente de revenir sur le statut de 100% ménagère tel qu'entériné par l'arrêt du 19 mars 2013. C'est dès lors à l'aune de ce statut qu'il convient d'appréhender la situation de la recourante. Par surabondance, en ce qui concerne plus particulièrement l'évaluation des éventuels empêchements rencontrés par l'assurée dans l'accomplissement de ses travaux habituels, on relèvera que selon la jurisprudence, la valeur probante d'un rapport d'enquête ménagère est subordonnée – notamment – au fait que ce dernier ait été établi en pleine connaissance des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux (cf. ATF 128 V 93 ; cf. TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1), étant précisé que l'enquête ménagère permet non seulement d'estimer les empêchements dus à des troubles physiques mais également à des troubles psychiques (cf. TF 9C_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.2.2 et la jurisprudence citée). Dès lors qu'en l'espèce des mesures d'investigations s'imposent sur les plans somatique et psychique (cf. consid. 6 supra), il s'ensuit qu'aucune valeur probante ne peut de toute manière être accordée aux rapports d'enquête domiciliaire aux

- 30 - dossiers en tant qu'ils procèdent à l'évaluation des empêchements ménagers sur la base d'un dossier médical lacunaire.

E. 8

Au final, il appert que la Cour de céans ne dispose pas d'informations médicales suffisantes pour pouvoir trancher le litige en toute connaissance de cause. 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 (cf. 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 (cf. 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 (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, il apparaît que l'OAI a statué sur la base d'un dossier médical lacunaire, se fondant sur des données incomplètes aux niveaux physique et psychique. Compte tenu de ces carences, ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de son

- 31 - état de santé sur sa capacité de travail n'ont été établis à satisfaction de droit. 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 y a donc lieu de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (axée sur les plans rhumatologique et cardiologique [avec prise en considération de la problématique liée à la surcharge pondérale], ainsi que psychiatrique) au sens de l'art. 44 LPGA, puis qu'il procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins de déterminer les éventuels empêchements de la recourante dans l'exécution des travaux ménagers. Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision. c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner plus avant l'argumentaire de la recourante. De même, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par celle-ci.

E. 9

a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée 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 (cf. 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. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a

droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'OAI.

- 32 -

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