

VD_GERICHTE ZD16.013807 vom 9. Februar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.013807

FR: VD_GERICHTE ZD16.013807 du 9 février 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.013807 del 9 febbraio 2017

Erwägungen

E. 4

a) 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées). De manière générale, 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 ;

- 18 - TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 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 8C_410/2014 précité consid. 3.3). Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), bien qu'ils ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. 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 (cf. TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 [TF 9C_204/2009 du 6 juillet 2009]). 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 (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C_500/2011 précité loc. cit., 9C_28/2011 du

E. 6

octobre 2011 et 9C_745/2010 du 30 mars 2011). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V

- 19 - 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du

E. 10

mars 2014 par le Dr B. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et le Dr V. _____, psychiatre. Dans leur dernier rapport du 2 juin 2014, cosigné par le Dr W. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et rhumatologue, ces médecins ont retenu que l'assurée souffrait de cervicalgies chroniques, qu'ils ont jugées non déficitaires, dans un contexte de status post décompression du canal cervical étroit et de protrusions disco-ostéophytaires étagées, ainsi que de lombalgies chroniques dégénératives avec un canal lombaire étroit traité, ces atteintes étant incapacitantes. Ils ont également posé les diagnostics de syndrome du tunnel carpien bilatéral, de syndrome douloureux de type fibromyalgie, de dysthymie et de majoration des douleurs physiques pour des raisons psychologiques, estimant toutefois que ces pathologies restaient sans incidence sur la capacité de travail. Au plan neurologique, les médecins du SMR ont estimé que les examens qu'ils avaient conduits permettaient d'exclure toute myélopathie et atteinte radiculaire.

- 20 - De son côté, la recourante a remis en question la valeur probante de ce rapport, au motif que les médecins du SMR n'avaient pas les compétences requises pour évaluer son état de santé au plan neurologique, et que leurs conclusions étaient au demeurant incomplètes. a) Il convient tout d'abord de relever à cet égard que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités). Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un SMR (TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.3.1, I 142/07 du 20 novembre 2007 consid. 3.2.3). En l'occurrence, force est de constater que ni les médecins examinateurs, ni le médecin formateur, cosignataire du rapport, ne sont titulaires d'une spécialisation en neurologie. Or, compte tenu des atteintes présentées par la recourante, et de son long passé neurologique ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales, une appréciation neurologique

complète et fouillée s'imposait. On ne suit pas l'intimé lorsqu'il se défend d'un défaut de compétence des médecins du SMR au motif qu'ils sont spécialistes en rhumatologie et en psychiatrie, cet argument allant précisément dans le sens d'une absence de formation spécialisée dans un des domaines concernés par la cause, pourtant essentiel (cf. lettre de motivation du 1er mars 2016 de l'OAI). Les explications fournies par l'OAI dans sa réponse au recours ne sont pas plus

- 21 - convaincantes. Le fait que les médecins du SMR se soient prononcés en tenant compte des appréciations du Dr M. _____ ne permet pas de pallier cette absence de compétence spécialisée. Contrairement à ce qu'affirme l'intimé, les spécialités des trois médecins du SMR ne permettent pas d'appréhender l'état de santé somatique de la recourante dans sa globalité. Cette irrégularité suffit déjà à remettre en cause la force probante du rapport du 2 juin 2014 du SMR. b) Il convient également de relever qu'en sus, et vraisemblablement en raison de cette absence de spécialisation, le rapport du SMR reste extrêmement succinct et peu motivé sur le plan neurologique. Si l'aspect rhumatologique a fait l'objet d'examen et de discussions fournis, l'investigation du volet neurologique est restée très sommaire. Au terme du status neurologique, comptant moins de dix lignes, les examinateurs ont exclu que l'assurée soit affectée d'une myélopathie ou d'une atteinte radiculaire. Or, figurent au dossier de nombreux éléments plaçant en faveur d'atteintes neurologiques, dont il était impératif de faire examiner plus précisément la nature exacte et les conséquences sur la capacité de travail. Les différents médecins s'entendent ainsi pour admettre que l'assurée a présenté une myélopathie, tout au moins dès l'automne 2011, voire depuis le début de cette même année déjà (cf. rapports de la Dresse X. _____ du 15 novembre 2011, du Dr M. _____ du 24 janvier 2012, du Dr G. _____ du 21 février 2012). Dans son avis du 26 mars 2012, le Dr P. _____ a estimé que les signes objectifs cliniques et radiologiques de myélopathie cervicale justifiaient une totale incapacité. Par contre, la situation manque de clarté s'agissant de l'état neurologique cervical à la suite de la décompression du canal cervical étroit, le 13 mars 2012 par la Dresse X. _____. On rappellera à cet égard que la Dresse X. _____ avait demandé à l'OAI que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle et dans une activité adaptée soit réévaluée après la décompression du canal cervical étroit (cf. rapport du 20 février 2012). Le Dr P. _____ avait également préconisé, le 26 mars 2012, de reprendre l'instruction six mois plus tard, pour connaître la

- 22 - situation après stabilisation de l'état, notamment en interrogeant le service de neurologie du C. _____. Or, force est de constater que, si l'OAI a bien interrogé ledit service en automne 2012, les éléments qu'il a obtenus ne suffisaient pas à se prononcer valablement sur l'état de santé de l'assurée au plan neurologique, et sa répercussion sur sa capacité de travail. Certes, comme le relèvent les médecins du SMR, le Dr E. _____ du C. _____ a fait état, dans un bref rapport du 22 octobre 2012, d'un status dans les normes et d'un état stabilisé sur le plan neurochirurgical ensuite de la décompression cervicale. Toutefois, s'il a observé une bonne évolution post-opératoire, il a également relevé la persistance d'une limitation au niveau cervical, comportant une répercussion pour l'assurance-invalidité. Quant au rapport du 3 juillet 2012 des Drs L. _____ et E. _____, il n'aborde pas la question de la capacité de travail. Il fait par contre état, au status neurologique, d'une limitation cervicale sévère. Finalement, le seul neurologue à s'être prononcé sur la capacité de travail de l'assurée après la décompression cervicale est le Dr M. _____, qui a estimé le 1er juin 2015 que sa patiente était en totale incapacité de

travail, sans toutefois préciser si son appréciation concernait toute activité, ou seulement l'activité habituelle. Il convient de relever que, dans son rapport du 24 janvier 2012, alors que seule la décompression lombaire avait eu lieu, il avait estimé qu'un délai de deux à trois ans était nécessaire pour évaluer les effets des interventions chirurgicales réalisées ou à venir. Le 1er juin 2015, il a considéré, contrairement au SMR, que sa patiente était toujours atteinte de myélopathie, accompagnée de séquelles neurologiques probablement définitives aux quatre membres. A son avis, l'évolution post-opératoire de la décompression cervicale avait été globalement défavorable. L'intervention n'avait pas apporté de soulagement significatif à l'assurée, hormis un certain soulagement antalgique post-opératoire transitoire. La Dresse X. _____ avait d'ailleurs elle-même mis en garde sur les effets potentiellement limités d'une décompression cervicale avant l'intervention, lorsqu'elle avait indiqué que la chirurgie en question tendait à empêcher une aggravation de la myélopathie, mais que les symptômes de la maladie, tels que le déficit de force au niveau des quatre membres

- 23 - et les troubles sphinctériens, pouvaient rester permanents, malgré l'intervention (cf. rapport du 15 novembre 2011 au Dr M. _____). Dans son rapport du 1er juin 2015, le Dr M. _____ a ajouté que la décompression lombaire pratiquée par la Dresse X. _____ en septembre 2011 avait libéré l'assurée des sciatalgies, mais n'avait pas apporté d'amélioration de la marche, qui se bloquait, avec menace de chute et trouble de l'équilibre. On notera à cet égard que la Dresse X. _____ avait indiqué dans son rapport du 15 novembre 2011 que l'évolution ensuite de l'intervention lombaire n'avait été que « légèrement favorable » ; l'assurée présentait toujours des signes cliniques importants d'une myélopathie cervicale, des douleurs lombaires et cervicales, des légers troubles de la motricité fine des membres supérieurs, une marche insécure et des réflexes ostéotendineux hypervifs. Pour le Dr M. _____, les cervico-brachialgies avec limitation de mouvements et, à moindre degré, les lombalgies, avaient augmenté de manière considérable. Au status neurologique du 22 mars 2015, il avait observé une raideur de la nuque, une hypertonie pyramidale des quatre membres avec une hyperréflexie ostéotendineuse. A noter que des réflexes ostéotendineux vifs, voire hypervifs, ont également été constatés par d'autres médecins, avant, mais également après la décompression du canal cervical étroit (cf. rapport des Drs L. _____ et E. _____ du 3 juillet 2012, rapport du SMR du 8 avril 2014, rapport du la Dresse H. _____ du 4 mars 2014). L'examen du SMR a en outre mis en évidence de nombreux lâchages (que les examinateurs avaient qualifiés d'antalgiques, sans toutefois motiver leur appréciation), une oscillation au test de Romberg ainsi qu'une sensibilité vibratoire réduite aux deux poignets. c) En définitive, compte tenu de la complexité de la situation telle que définie ci-dessus, l'appréciation et les conclusions du SMR s'agissant des atteintes neurologiques et de leurs effets sur la capacité de travail, outre le fait qu'elles n'émanent pas d'un spécialiste en neurologie, ne sont pas suffisamment complètes et motivées pour permettre au tribunal de se prononcer en toute connaissance de cause. Même si le

- 24 - rapport produit par la recourante au stade de la procédure d'audition émane de son neurologue traitant, il n'en demeure pas moins qu'il provient d'un spécialiste et qu'il ne peut être simplement écarté du fait du lien qui existe entre le praticien et son patient. L'avis du Dr M. _____ suffit en tous les cas à jeter un doute sur la fiabilité et la validité des constatations médicales du SMR, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise s'impose. d) La même conclusion s'impose s'agissant de la fibromyalgie retenue par les médecins du

SMR. Les éléments figurant au dossier ne permettent pas une appréciation concluante du cas d'espèce à l'aune des indicateurs déterminants selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. Tout d'abord, à l'instar du service juridique de l'OAI, on peut s'interroger sur le fait de savoir si le diagnostic a été posé dans les règles de l'art, comme l'exige la Haute Cour. Le Dr B._____ s'est en effet limité à constater la présence de 17 sur 18 points douloureux spécifiques de la fibromyalgie, sans fonder plus avant le diagnostic. Le rapport du SMR ne renseigne pas sur son degré de gravité inhérent, en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En outre, en présence d'une situation somatique non clairement définie, et qui nécessite d'être instruite plus avant (cf. consid. 5a supra), il n'est à ce stade pas possible de procéder à une approche globale des interactions et autres liens entre la fibromyalgie et tous les autres troubles concomitants qui ont valeur de maladie, comme le Tribunal fédéral l'exige dorénavant (ATF 141 V 281). Il apparaît ainsi également nécessaire de compléter l'instruction du dossier s'agissant de la fibromyalgie et de ses répercussions sur la capacité de travail, étant relevé que dans un arrêt du 19 octobre 2016, le Tribunal fédéral a précisé qu'une exagération des symptômes par l'assuré ne doit pas permettre d'exclure facilement la présence d'une atteinte à la santé assurée. Cela ne doit être possible que si, dans le cas concret, il découle de manière plausible de l'analyse médicale que l'exagération, clairement prouvée, prédomine de manière significative, et qu'elle excède la mesure d'un comportement simplement démonstratif. Il faut en outre que l'exagération ne soit pas la conséquence d'un diagnostic psychiatrique indépendant (cf. TF 9C_154/2016 du 19 octobre 2016). On relèvera à cet égard que les

- 25 - médecins du SMR ont retenu le diagnostic de majoration de douleurs physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). e) Au final, il appert que le rapport du 2 juin 2014 du SMR ne permet pas d'apprécier valablement les atteintes à la santé de la recourante dans leur globalité, et leur répercussion sur sa capacité de travail et de gain. Ledit rapport reste trop peu détaillé, singulièrement s'agissant des atteintes neurologiques et de la fibromyalgie, l'analyse opérée par les médecins sur ces plans étant restée particulièrement succincte. Ces éléments tendent à affaiblir considérablement sa valeur probante. La Cour de céans ne dispose pas d'informations médicales suffisantes pour trancher la question du droit aux prestations de l'assurée en toute connaissance de cause. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI, dès lors qu'il lui appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGGA). Le devoir d'instruction s'étend en effet jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/201 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGGA, contenant au moins des volets neurologique, rhumatologique et psychiatrique, demeurant réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité jugée opportune. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité 6. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la

- 26 - charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En principe, la partie dont les conclusions

sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 200 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe. c) La recourante, qui, si elle n'est désormais plus assistée d'un avocat, l'a été durant toute la procédure, et qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'intimé.

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