

VD_GERICHTE ZD16.028686 vom 25. April 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-04-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.028686

FR: VD_GERICHTE ZD16.028686 du 25 avril 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.028686 del 25 aprile 2017

Erwägungen

E. 2

Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession, activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) L'assurée souffre d'un trouble panique avec agoraphobie et des somatisations anxieuses liées à ses faibles capacités émotionnelles de faire face. Elle exerce toujours, avec aide, ses tâches ménagères, et se ressent subjectivement fatiguée, débordée, maladroite. Elle n'a pas de formation professionnelle, mais a exercé et exerce encore son rôle de ménagère, mère au foyer.

E. 2.2

Description précise de la capacité de travail Au plan physique :

- 5 - Capacité résiduelle de travail de 100% en respectant la limitation de port de charges de 10kg. Au plan psychique : Capacité totale de travail.

E. 2.3

L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heure par jour) ? Au plan physique : Oui, 8 heures par jour, en respectant les limitations énoncées ci-dessus. Au plan psychique : Oui, 8 heures par jour.

E. 2.4

Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Au plan physique : Il existe une asthénie fluctuante, des symptômes douloureux diffus, des phénomènes vertigineux, une dystonie neurovégétative, probablement des phénomènes hyperventilatoires qui peuvent engendrer une limitation transitoire de sa capacité de travail et une diminution de son rendement. Mais ceci n'est pas « installé ». Elle relève que 50% du mois, elle est asymptomatique. Au plus psychique : Non.

E. 2.5

Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Au plan physique : Il est certain qu'en 2003, dans le cadre de la mise en évidence de son adénome hypophysaire ayant engendré une acromégalie et un diabète, des lombalgies sur protrusion L5-S1 avec une accentuation du syndrome radiculaire et la survenue d'un déficit vestibulaire périphérique droit, sa capacité de travail était nulle. Progressivement, l'ensemble de ses différents symptômes se sont améliorés. Une incapacité totale de 3 mois pour la méningite est à tenir compte dès mai 2005. Actuellement, je pense qu'il n'existe pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. Il est très difficile, sur une base anamnétique de dater le moment où cette capacité de travail entière est revenue. Ceci est lié au fait que l'ensemble de la symptomatologie a été mal analysée compte tenu de la barrière linguistique du fait que les vertiges n'ont pas pu être caractérisés avec précision et

de l'existence secondaire de craintes pour l'assurée. Dans le cadre de cet entretien, nous avons eu une longue discussion quant à l'ensemble de ses différents symptômes, de leurs intrications à ses diverses pathologies, ce qui l'a rassurée. Je lui ai notamment recommandé d'envisager des activités physiques, des attitudes comportementales engendrant une élévation de son seuil de sensibilité à la douleur, de ses troubles neurovégétatifs. Ceci devrait être repris par le Docteur K. _____ et lui permettre d'assurer une capacité de travail de 100%. Au plan psychique :

- 6 - Il n'y a pas d'incapacité de travail, au plan psychique, de 20% au moins.

E. 2.6

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Au plan physique : Voir ci-dessus Au plan psychique : Le degré d'incapacité de travail n'a pas évolué au plan psychique (le degré d'incapacité est de 0%). (...) » Interpellé par le SMR, le Dr R. _____ a précisé le 15 novembre 2011 que la symptomatologie de l'assurée était fluctuante, avec 50% du temps où elle était normale, alors que le reste du temps, elle était asymptomatique, hormis une asthénie. Cette situation n'induisait pas de diminution de rendement, car la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Les experts n'ont retenu aucune baisse de rendement en lien avec l'asthénie, compte tenu de la normalité du bilan endocrinien, psychiatrique et neurologique. En définitive, ils n'ont pas retenu « d'incapacité de travail hormis la limitation du port de charges en raison de son problème radiculaire, non évolutif. Ce dernier n'a[va]it pas motivé de limitation de ses capacités de travail depuis 2003, date de sa mise en évidence par les neurochirurgiens du T. _____ ». Dans un avis du SMR du 9 décembre 2011, les Drs P. _____ et S. _____ se sont ralliés aux conclusions de l'expertise et ont retenu que l'assurée ne présentait aucune pathologie sur le plan psychiatrique. Au niveau physique, elle souffrait d'une asthénie fluctuante, de symptômes douloureux diffus, de phénomènes de vertiges et d'une dystonie végétative, sans que ces atteintes ne diminuent durablement son rendement, compte tenu de la normalité du bilan endocrinien, neurologique et psychiatrique. L'atteinte lombaire justifiait une atteinte du rachis, mais restait sans effet sur la capacité de travail et sur le rendement. Par décision du 24 mai 2012, accompagnée d'un courrier explicatif du même jour, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente

- 7 - d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé ayant un caractère invalidant au sens de l'AI. Se fondant sur un rapport du SMR du 24 avril 2012, l'office a estimé que les atteintes à la santé affectant l'assurée tant sur le plan physique que psychique n'étaient pas à l'origine d'une diminution significative de la capacité de travail ou du rendement. B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 30 août 2013, au motif qu'elle souffrait d'une atteinte psychiatrique « depuis mars 2012 au moins » et qu'elle présentait une incapacité totale de travail depuis le 1er août 2013. Elle a joint à sa demande : - un rapport du 2 juillet 2013 de la Dresse M. _____, psychiatre au Service de psychiatrie générale du T. _____, laquelle a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur chronique, d'intensité modérée, de trouble psychotique non spécifique, de maladie de membres de la famille, de problèmes relationnels avec le partenaire et de problèmes relationnels parents-enfants. Au titre des diagnostics différentiels, la Dresse M. _____ a mentionné un trouble schizotypique et un trouble schizo-affectif unipolaire, dont, à ce stade, l'ensemble des critères n'était pas rempli. La psychiatre a attesté une totale incapacité de travail. Compte tenu du caractère chronique des symptômes et d'un environnement fragilisé

par la présence de proches immédiats atteints de troubles psychiques sévères, la Dresse M._____ a émis un pronostic réservé et peu favorable. Elle a préconisé de mettre en œuvre un soutien psychosocial familial, ainsi que d'adresser l'assurée à la section [...] spécialisée dans la prise en charge des troubles psychotiques au T._____, pour mise en place d'un traitement psychiatrique individuel ; - un rapport du 27 juillet 2012 de la Prof. N._____, cheffe de clinique auprès du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du T._____, à teneur duquel les examens pratiqués le 17 juillet 2012 avaient conduit aux conclusions suivantes : « Le bilan neuropsychologique de cette patiente droitrière de 4 [...] ans, présentant une fatigabilité et une labilité attentionnelle et frappant par un ralentissement et un important défaut d'incitation, met en évidence des troubles exécutifs, des troubles fluctuants de

- 8 - mémoire à court terme verbale et visuo-spaciale, des difficultés de mémoire épisodiques verbale et visuo-spaciale ainsi qu'une altération du raisonnement. Les fonctions instrumentales sont en revanche préservées. Nous relevons par ailleurs, sur le plan thymique, des signes d'un probable syndrome anxio-dépressif. Ce tableau neuropsychologique nous paraît s'inscrire de manière prépondérante dans le cadre du probable trouble thymique décrit. (...) DC : Troubles exécutifs de mémoire épisodique dans les deux modalités au premier plan. Probable syndrome anxio-dépressif. Adénome hypophysaire réséqué en 2003 ». Compte tenu de ces éléments, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée et a procédé à son instruction. Le 23 septembre 2013, l'OAI a versé à son dossier l'extrait de compte individuel AVS de l'assurée, dont il ressort qu'elle a été inscrite comme personne sans activité lucrative en 1995, et qu'hormis un mois en 1995, cinq mois en 2000 et sept mois en 2001, elle n'a cotisé qu'en qualité de personne sans activité lucrative. Renseignant l'OAI le 24 septembre 2013 par le formulaire de détermination de son statut, l'assurée a indiqué que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 100%, particulièrement depuis l'invalidité de son mari, par intérêt personnel et par nécessité financière. Dans un rapport du 1er octobre 2013 à l'OAI, le Dr K._____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dépression moyenne à majeure, de lombosciatalgies chroniques, d'acromégalie sur adénome de l'hypophyse opérée, de trouble de la personnalité, de céphalées chroniques et de trouble somatoforme différencié. Le médecin traitant a attesté une totale incapacité de travail depuis le 1er août 2010, l'assurée étant incapable d'exécuter les ordres dans les temps et correctement. Selon le Dr K._____, on ne pouvait s'attendre à une reprise d'activité. Selon la fiche d'examen du 3 octobre 2013 au dossier, une enquête ménagère serait nécessaire.

- 9 - Renseignant l'OAI dans un rapport du 5 février 2014, la Dresse H._____, cheffe de clinique adjointe à la policlinique du Département de psychiatrie du T._____, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif majeur chronique (F33), de problèmes relationnels avec le partenaire (Z63.0), et de problèmes relationnels parents-enfants (Z63.8). Elle a également fait état des diagnostics différentiels de trouble schizotypique (F21) et de trouble somatoforme indifférencié (F45.1). La Dresse H._____ a attesté une totale incapacité de travail depuis le 19 août 2013. Le 7 février 2014, le gestionnaire en charge du dossier auprès de l'OAI a indiqué que le statut de l'assurée devrait être déterminé par une enquête aussitôt les limitations fonctionnelles connues. Dans un avis du SMR du 4 avril 2014, le Dr D._____ a retenu qu'il n'existait pas d'élément médical nouveau dénotant une aggravation depuis l'expertise du D.F._____ du 26 juillet 2011. La capacité de

travail exigible restait dès lors inchangée depuis la décision du 24 mai 2012. Par projet de décision du 25 août 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de refuser sa demande de prestations du 30 août 2013. L'office a précisé qu'il avait retenu un statut de personne active à 100%, l'assurée conservant selon lui une totale capacité de travail dans toute activité lucrative. Par l'entremise de Procap, l'assurée a fait valoir ses objections au projet précité le 11 novembre 2014. Elle a produit un rapport établi le 15 septembre 2014 par la Dresse B. _____, cheffe de clinique adjointe au Service de psychiatrie générale du T. _____, à teneur duquel elle était atteinte d'un trouble schizo-affectif unipolaire qui impliquait un isolement social, un ralentissement, une diminution de l'énergie, de l'appétit, de l'intérêt et de l'aptitude à se concentrer, ainsi que des idées suicidaires, ceci associé à des symptômes schizophréniques. L'assurée présentait des idées délirantes autour de l'image corporelle, de dons particuliers et de persécutions centrées sur la personne de son mari. Ces symptômes

- 10 - impliquaient un degré d'invalidité important avec une perte significative et persistante de certains aspects du comportement et des aptitudes avec une inactivité totale. De ce fait, l'assurée se trouvait durablement en incapacité de travail. Sur avis du SMR du 14 novembre 2014, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'il a confiée au Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 16 avril 2016, l'expert a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : - trouble panique (F41.0), survenue brutale de sentiment d'irréalité, de paresthésies, de peur de perdre le contrôle de soi, d'étourdissements, par exemple en sortant de chez soi, ou en prenant le bus, - agoraphobie (F40.0), avec comportement d'évitement des foules, des endroits publics et peur de se déplacer non accompagnée, - personnalité obsessionnelle (F40.0), - somatisation (F45.0) : symptômes gastro-intestinaux, engourdissement et fourmillements. Le Dr L. _____ s'est également exprimé en ces termes : « (...) V. Cohérence 1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée L'évaluation rétrospective des descriptions cliniques de l'assurée, l'observation clinique lors de l'entretien, l'évaluation de la psychopathologie anxieuse par des tests psychométriques permet de confirmer l'existence d'un « fil rouge » d'un trouble panique. Pour retenir avec certitude le diagnostic de trouble panique, il faut au moins quatre symptômes typiques : la peur d'étouffer, présence de paresthésies, vécu de déréalisation, gêne abdominale, malaise, transpiration, fatigue suite à un état d'alerte permanent et difficultés de concentration. Ces critères sont largement remplis, et la présence d'une dramatisation est confirmée par les résultats du MMPI-II qui n'est pas interprétable en raison d'une discordance de score et confirmée par le TCI qui retient une personnalité obsessionnelle compulsive. Je ne peux pas m'inscrire en faux contre les constatations des collègues spécialistes en psychose, et pour ma part je ne peux pas, lors de l'entretien d'investigation, confirmer l'observation de symptômes comme le vol de la pensée, un trouble délirant, des hallucinations auditives. Les symptômes décrits sont du

- 11 - registre anxieux et évoquent la peur de la maladie, le débordement par le stress, l'envie d'attirer l'attention pour bénéficier d'aide et de reconnaissance sociale. Les critères ne sont pas remplis pour un trouble schizotypique ou une psychose affective unipolaire, selon mon observation bien sûr.

E. 3

Comparaison détaillée du niveau d'activité constatée avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé Apparition d'un trouble panique avec restriction de son autonomie surtout vis-à-vis de l'extérieur et ressenti d'épuisement subjectif. Il n'y a de mon point de vue pas d'aggravation objective et significative de la psychopathologie depuis 2013.

E. 4

Version complète et critique de la prise en charge de l'abandon des options thérapeutiques Cette approche a déjà été abordée plus haut.

E. 5

En l'occurrence, il convient en premier lieu de définir le statut de l'assurée. a) Dans la décision entreprise, l'intimé a retenu le statut de personne active à 100%, en se fondant sur les déclarations du 24 septembre 2013 de l'assurée, qui avait affirmé que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100%, particulièrement depuis l'invalidité de son conjoint. On peut relever à ce stade que dans le cadre de la demande de prestations du 10 décembre 2009, l'assurée avait fait les mêmes déclarations, et l'intimé avait également admis un statut d'active à 100%. Dans sa réponse au recours du 6 septembre 2016, l'OAI est toutefois revenu sur sa position, au motif que, depuis son arrivée en Suisse, l'assurée n'avait que peu travaillé, et que dès lors, il convenait finalement de lui attribuer le statut de personne sans activité lucrative et de calculer son invalidité selon la méthode spécifique d'évaluation des revenus (cf. réponse du 6 septembre 2016). Toujours de l'avis de l'intimé, dans la mesure où l'atteinte à la santé présentée par la recourante est de nature essentiellement psychique, les constatations d'ordre médical sur la capacité à accomplir les travaux habituels ont plus de poids que les conclusions d'une enquête à domicile, de sorte qu'une telle enquête n'est en l'espèce pas indispensable. L'OAI en conclut qu'en retenant le statut de personne occupée à 100% aux tâches ménagères et en se référant à une capacité résiduelle d'au moins 80%, telle qu'attestée par le DrL. _____, la recourante présente un taux d'invalidité de quelque 20%, insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures de réadaptation ou à une rente d'invalidité.

- 20 - De son côté, la recourante conteste cette nouvelle appréciation de son statut, soutenant que, comme elle l'a affirmé le 21 février 2009, lors de sa première demande de prestations, et le 20 septembre 2013, elle aurait exercé une activité lucrative à 100% si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Elle explique à cet égard que, durant de nombreuses années, elle a dû se consacrer à l'éducation de ses trois enfants, nés en 1992 et 1993, ce d'autant plus que son époux était invalide. Elle conteste s'être « contentée de sa situation de femme travaillant au foyer », comme le soutient l'intimée, et explique que, ses enfants grandissant, il ne faisait guère de doute qu'elle aurait recherché un emploi si elle n'en avait pas été empêchée par la survenance de nombreux problèmes de santé. b) Comme le relève l'intimé, l'assurée a principalement cotisé en qualité de personne sans activité lucrative depuis son inscription auprès de l'AVS en 1995. L'extrait de son compte individuel ne fait état que de trois périodes de travail, soit un mois en 1995, cinq mois en 2000 et sept mois en 2001, pour des salaires respectifs de 234 fr. en 1995, 140 fr. en 2000 et 1'012 fr. en 2001. Son cas ne diffère dès lors pas sensiblement de celui ayant donné lieu à l'arrêt 9C_875/2015 du 11 mars 2016, dans lequel le Tribunal fédéral a confirmé le statut de ménagère dans le cas d'une femme née en 1974, mère de deux enfants nés en 2001 et 2006, sans formation professionnelle, au statut initial de requérante d'asile (permis N), puis d'admise provisoire (permis F). Le Tribunal fédéral a retenu qu'alors même qu'aucun élément de sa situation personnelle ne

s'opposait à la prise d'un emploi en Suisse, l'assurée n'avait jamais exercé d'activité lucrative et n'en aurait vraisemblablement pas exercé, même sans atteinte à la santé. Il a rappelé dans ce cadre que, pour déterminer la méthode d'évaluation du degré d'invalidité applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Selon la pratique, cette question doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la

- 21 - force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (consid. 6.2 et la référence citée). En l'occurrence, au vu des éléments au dossier, force est de constater que la recourante n'aurait pas exercé une activité lucrative en Suisse. Arrivée dans ce pays en 1991, elle n'y a effectivement œuvré que durant quelques mois. L'âge de ses enfants n'aurait au demeurant pas été un obstacle à la reprise, à tout le moins progressive, d'une activité professionnelle. Dans ces circonstances, c'est un statut de ménagère qui aurait dû être retenu, et ce également dans le cadre de la décision initiale. Cette dernière n'est toutefois pas manifestement erronée. c) Après la première décision, les atteintes à la santé psychique se sont – au degré de la vraisemblance prépondérante – péjorées. Le T. _____ avait déjà noté un probable trouble panique en 2006, avec des angoisses d'apparition subites, associées à une perte de l'élan vital et des troubles du sommeil, ainsi qu'à des idées suicidaires occasionnelles (rapport du 3 février 2006 des Drs W. _____ et R.S. _____). L'expertise du D.F. _____, qui cite ce rapport dans son « résumé du dossier », ne le discute toutefois pas, et ne constate aucun trouble psychique en 2011. Quoi qu'il en soit, par la suite, les symptômes sont réapparus, ou se sont péjorés ; le Dr L. _____ a ainsi en particulier retenu avec effet sur la capacité de travail un trouble panique dans son rapport du 16 avril 2016, et l'on peut dès lors admettre un motif de révision. Dès lors que l'on procède à une révision, le statut peut être revu. Or ainsi qu'il résulte de la let. b ci-dessus, c'est bien un statut de personne sans activité lucrative qu'il convient de retenir dans le cas de la recourante. d) Se pose dès lors la question de savoir si les éléments au dossier permettent de statuer en connaissance de cause sur le droit aux prestations.

- 22 - Tel n'est toutefois pas le cas. Aucune enquête économique sur le ménage n'a été mise en œuvre, alors qu'une telle enquête est justifiée au vu du statut de la recourante, ce dont l'OAI ne disconvient pas (cf. sa fiche d'examen du 3 octobre 2013, son appréciation du 7 février 2014 et sa duplique du 27 octobre 2016). Il appartiendra toutefois à l'OAI - préalablement à la mise en œuvre de l'enquête ménagère - d'inviter le Dr L. _____ à mieux préciser les limitations fonctionnelles induites par l'atteinte à la santé psychique. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui 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 -, afin qu'il fasse compléter l'expertise du Dr L. _____ dans le sens précité, puis mette en œuvre une enquête économique sur le ménage. Cela fait, il incombera ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante. e) Compte tenu de l'issue de la cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête d'expertise judiciaire formulée par l'assurée à l'appui de son recours.

E. 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 LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à 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. (cf. 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 l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

- 23 - c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., à la charge de l'intimé (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative] ; RSV 173.36.5.1).

- 24 -

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