

VD_GERICHTE ZD16.043399 vom 30. März 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-03-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.043399

FR: VD_GERICHTE ZD16.043399 du 30 mars 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.043399 del 30 marzo 2017

Erwägungen

E. 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 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à

- 20 - 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 un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

E. 5

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 5.4). Avant tout, 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 (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4).

E. 6

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut

- 21 - 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 et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). 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 et 125 V 351 consid. 3a; 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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. 3b/cc; TF 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 22 - b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il faut établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1, 9C_748/2013 du

E. 10

février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1, 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). c) 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) ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG

et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références). 7. a) En l'occurrence, l'évaluation de l'état de santé de la recourante doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision

- 23 - de l'OAI du 22 février 2011, qui lui octroyait le droit à une demi-rente, précisant qu'elle présentait un degré d'invalidité de 54,8%. Il s'agit en effet de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves (cf. consid. 3 supra). A l'occasion de la révision d'office du droit à la rente initiée en 2012, faisant siennes les constatations de l'examen psychiatrique réalisé au SMR le 11 juillet 2013 par le Dr U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'intimé n'a plus retenu de diagnostic psychiatrique invalidant. Le psychiatre prénommé a constaté une évolution favorable (amélioration) de l'épisode dépressif débuté en 2006 à partir de 2011, l'examinée ayant arrêté, à sa demande, un traitement d'Efexor®. Elle ne bénéficiait plus que d'une prescription de Ritaline® 20 mg en réserve, pour aider sa concentration (cf. rapport d'examen psychiatrique SMR p. 4). L'intéressée s'est également soumise à une évaluation neuropsychologique auprès de la Dresse S._____, le 21 octobre 2013. En comparaison avec les examens effectués en 2006 et 2007, le nouveau bilan mettait en évidence une amélioration globale des performances sur les plans mnésique et attentionnel. Il persistait néanmoins des difficultés exécutives et de raisonnement. L'experte a conclu que les troubles neuropsychologiques n'impactaient que faiblement la capacité de travail, retenant un taux d'activité de 100% de l'expertisée, avec une diminution de 20% dans une activité simple et bien cadrée (cf. rapport d'examen neuropsychologique du 28 octobre 2013 de la Dresse S._____ et sa lettre d'accompagnement). Le SMR – et par suite l'intimé dans sa décision - a dès lors conclu que la capacité de travail résiduelle était de 80% dans l'activité habituelle de l'assurée, dès janvier 2012 (cf. avis SMR du 4 juillet 2014). La recourante, pour sa part, conteste l'amélioration de son état de santé vers une capacité de travail résiduelle de 80% dès janvier 2012. Elle allègue la persistance d'une totale incapacité de travail au long cours compte tenu de son état de santé, psychiatrique en particulier. Elle oppose au rapport d'examen psychiatrique SMR d'une part, et à l'expertise

- 24 - neuropsychologique des médecins du CHUV, d'autre part, l'avis divergent de son psychiatre depuis 2008, le Dr T._____, lequel devrait prévaloir en l'espèce. b) Le Dr T._____ fait état d'une situation catastrophique et d'une incapacité totale de l'assurée, même s'il ne conteste pas, sur le principe, une amélioration de l'état de santé de celle-ci, qu'il estime toutefois insuffisante pour lui permettre de reprendre une activité lucrative. Ce constat d'une situation catastrophique entraînant une incapacité de travail totale n'est toutefois pas étayé par une anamnèse détaillée ni une description des constatations cliniques. Dans son rapport du 9 juillet 2016, le Dr T._____ pose le diagnostic de trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques, dont il admet qu'il est en rémission partielle, avec des symptômes résiduels perturbant nettement les activités professionnelles, les activités sociales ou les relations avec les autres, symptômes qu'il ne décrit toutefois pas. Il pose le diagnostic de trouble anxieux dû à une affection médicale générale, sans indiquer quelle serait cette affection ni décrire ses symptômes cliniques, se limitant à mentionner une phobie sociale cliniquement significative, sans autre précision et

à renvoyer, pour les atteintes somatiques, au médecin traitant le Dr L._____. Aucune autre pièce au dossier n'indique une nouvelle atteinte à la santé somatique et la recourante n'en allègue aucune dans ses déclarations à l'intimé ou au tribunal. Le Dr T._____ pose également le diagnostic de trouble de la personnalité, sans autre développement que : « Nous assistons chez cette personne, il est malheureusement clair, à une évolution de mauvais pronostic socio-professionnel. Nous savons les difficultés d'intégration amplifiées par les problèmes de santé tant sur le plan conjugal (divorce) que professionnel (perte d'un emploi simple dans un milieu protégé avec un horaire léger, 6h. par semaine) ». Les éléments auxquels il se réfère datent tous de la période lors de laquelle l'OAI a reconnu à l'assurée une incapacité de travail totale pour sa part active, alors de 50%, et lui a alloué une demi-rente compte tenu de son degré d'invalidité global. Le Dr T._____ mentionne ensuite que l'assurée vit depuis des années seule, isolée, recluse avec le sentiment quasi permanent d'un malaise général. Cette affirmation est clairement

- 25 - contredite par la description de sa vie quotidienne, faite par l'assurée au Dr U._____ (cf. rapport d'examen psychiatrique SMR p. 3), et dans laquelle elle déclare qu'il lui arrive de faire de la gymnastique trois fois par semaine pendant une heure, sortir parfois pour voir des amis et boire un café pendant une heure. Le Dr T._____ passe également sous silence le fait que l'assurée ne l'a plus consulté pendant près de deux ans, sans problème particulier (cf. note d'entretien téléphonique du 10 novembre 2015) ; rien n'indique qu'elle ait consulté un autre psychiatre dans l'intervalle. Elle a annoncé à l'OAI une amélioration de son état de santé pendant cette période (cf. questionnaire de révision reçu le 10 septembre 2012 par l'OAI), qui s'est notamment traduite par une amélioration de sa capacité à tenir son ménage et à gérer ses affaires administratives (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 11 mars 2014), ainsi que par une diminution des troubles neuropsychologiques (cf. rapport d'examen neuropsychologique du 28 octobre 2013 p. 2). Dans ces conditions, le rapport du 9 juillet 2016 du Dr T._____, comme ses déterminations précédentes adressées à l'intimé dans le contexte de la procédure de révision, ne revêt qu'une valeur probante très insuffisante pour permettre de s'écarter des constatations des Drs U._____ et S._____ ou pour justifier un complément d'instruction. En l'absence de rapport médical probant contredisant sérieusement les constatations des Drs U._____ et S._____, il convient de constater que la recourante disposait, dès 2012 et jusqu'au moment de la décision litigieuse tout au moins, d'une capacité de travail de 80% dans son activité professionnelle habituelle. On observera dans ce contexte que la Dresse S._____ avait réservé une incapacité de travail plus importante en raison de la narcolepsie/somnolence, et de la dépression. Or, le diagnostic de narcolepsie a été réfuté par le Dr C._____, spécialiste en neurologie (cf. rapport d'examen polysomnographique du 15 novembre 2007), qui a privilégié le diagnostic d'hypersomnie idiopathique ou le diagnostic différentiel d'état dépressif. Ce second diagnostic avait à l'époque été clairement posé par le Dr T._____ et le Dr F._____ a estimé, pour sa part, que la fatigue était plus probablement l'expression d'un état dépressif que d'une hypersomnie (cf. rapport du 20 mars 2009).

- 26 - Depuis lors, l'état dépressif s'est largement amendé, comme l'a constaté le Dr U._____, à qui la recourante n'a pas décrit de troubles du sommeil ni fait état de fatigue ou d'endormissements pendant la journée, dans sa description de sa vie quotidienne (cf. rapport d'examen psychiatrique SMR p. 3). Le rapport d'examen psychiatrique du SMR et celui neuropsychologique des médecins du CHUV de 2013 sont fondés sur des examens

cliniques. Au vu de leur contenu et de leur qualité, établis par des spécialistes, ils rendent compte d'une étude circonstanciée et complète de l'évolution, respectivement de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, en particulier en lien avec la question de l'exigibilité médico-théorique. Au terme de ses investigations, l'OAI était par conséquent fondé à retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante propre à emporter, dès 2012, une capacité de travail résiduelle théorique de 80%, en raison de la persistance de difficultés exécutives et de raisonnement sur le plan neuropsychologique, dans une activité simple et bien cadrée. Une expertise judiciaire en vue de déterminer si l'amélioration retenue par l'intimé est bien réelle et si elle est durable, ne se justifie finalement pas. Les autres aspects de la décision litigieuse ne prêtent pas flanc à la critique et ne font d'ailleurs l'objet d'aucun grief de la recourante. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir. S'élevant en définitive à 20%, soit inférieur au minimum de 40% (cf. art. 28 al. 2 LAI), le degré d'invalidité de la recourante ne laissait en conséquence plus perdurer son droit à une demi-rente telle qu'allouée depuis août 2009, conformément à ce qu'a retenu l'OAI au terme de la procédure de révision dont est recours. On constatera dans ce contexte que la méthode d'évaluation de l'invalidité utilisée par l'intimé (comparaison des revenus en pourcents) ne prête pas flanc à la critique, étant désormais admis à juste titre que sans invalidité la recourante exercerait une activité lucrative à plein temps pour des raisons financières.

- 27 - 8. Vu ce qui précède, le recours mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. a) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa a contrario ; art. 55 LPA-VD). b) Par décision du 18 novembre 2016, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 3 octobre 2016 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Christophe Oberson. Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès. c) Le 15 février 2017, Me Oberson a produit une liste des opérations, soit un total de 10h25 de travail d'avocat pour la période du 3 octobre 2016 au 15 février 2017. Dans cette mesure, il y a lieu de retenir le temps total de prestations annoncé, au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ) – soit un montant s'élevant à 1'875 fr. –, somme à laquelle s'ajoutent les débours par 134 fr. 90 et la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 2'170 fr. 70 ($\{1'875 \text{ fr.} + 134 \text{ fr. } 90\} \times 108 / 100$) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. C'est donc ce montant (TVA comprise) qui doit être alloué à Me Oberson au titre d'indemnité, provisoirement à charge du canton, et non pas le solde revendiqué au pied de sa liste des opérations.

- 28 - d) La procédure est onéreuse ; 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). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49

al. 1 LPA-VD). Toutefois dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser les montants pris en charge par le canton dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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