

VD_GERICHTE ZD18.031863 vom 11. Januar 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-01-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.031863

FR: VD_GERICHTE ZD18.031863 du 11 janvier 2019

IT: VD_GERICHTE ZD18.031863 del 11 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours contre la décision du 12 juillet 2018 a été adressé le 17 juillet 2018 à l'intimé, qui l'a transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence, conformément à l'art. 30 LPGA. Ce

- 8 - recours a donc été interjeté en temps utile (art. 39 al. 2 LPGA). Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 9 mai 2017.

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 et

E. 4

En l'espèce, par sa décision du 12 juillet 2018, l'intimé a refusé d'allouer des prestations à la recourante, estimant que rien ne permettait d'identifier, dans les documents au dossier, une atteinte à la santé durablement incapacitante. a) Sur le plan psychique, le médecin généraliste traitant retient, en tant que diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, ceux de personnalité anxieuse et évitante et de « F33.2 », ce qui correspond à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (cf. rapport du 12 septembre 2017 du Dr T. _____). Or, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre)

(ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1), auquel le médecin traitant n'a pas jugé nécessaire d'adresser – à nouveau – sa patiente, alors même qu'il considère qu'elle présente un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel sévère. Il n'a en outre aucunement décrit ses constatations, étayé ses conclusions ou fait état d'une quelconque incapacité de travail. Il s'est limité à mentionner les deux diagnostics précités et renvoyer, pour le reste, aux documents médicaux qu'il avait joints à son rapport. Toutefois, ceux-ci, établis par des radiologues et un cardiologue, ne concernent pas le plan psychique. Par ailleurs, l'assurée a déclaré avoir consulté un psychiatre pour la dernière fois en 2015 et ne plus prendre d'anti-dépresseurs. Les certificats médicaux qu'elle a fournis de ses anciennes psychiatres concernent uniquement la période du 2

- 11 - septembre 2013 au 31 mai 2014. Il n'y a ainsi pas lieu de retenir que la recourante présentait, en 2017, une atteinte incapacitante sur le plan psychique. b) Sur le plan somatique, le médecin traitant a uniquement posé le diagnostic de tendinopathie du sus-épineux bilatérale, laquelle aurait selon lui un effet sur la capacité de travail. Il n'a ici pas non plus détaillé ses observations. Les documents médicaux qu'il a annexés à son courrier sont principalement des rapports consécutifs à des examens d'imagerie. Leurs auteurs ne se prononcent ni sur la capacité de travail de l'assurée, ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles. Pour le reste, le Dr L. _____ a estimé que le bilan cardiologique était rassurant, avec un excellent pronostic. Quant à l'atteinte au sein gauche, la biopsie effectuée n'a pas révélé de lésion notable. Ainsi, les documents transmis par le Dr T. _____ ne permettent pas de retenir une atteinte invalidante. Cependant, avec sa réplique, la recourante a produit un rapport du 9 octobre 2018 établi à la suite d'une IRM du rachis cervical effectuée le même jour. Selon la jurisprudence, le juge doit prendre en compte les faits survenus postérieurement à la décision litigieuse dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue ; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (TF 9C_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2 et les références citées). En l'occurrence, dans son avis du 1er novembre 2018, le Dr F. _____ a expressément relevé que les signes de compression médullaire au niveau C4-C5, mis en évidence par l'IRM de 2018, apparaissaient lentement, et qu'ils étaient vraisemblablement déjà présents lors du dépôt de la demande de prestations – soit à plus forte raison lorsque la décision litigieuse a été rendue. Il convient ainsi de prendre en compte ce rapport. A cet égard, le Dr F. _____ a relevé, à juste titre, que le dossier ne contenait aucune donnée clinique de la part

- 12 - du médecin traitant, ni d'un éventuel neurologue ou neurochirurgien auquel l'assurée aurait été adressée. Il a précisé que l'existence d'une anomalie radiologique ne signifiait pas qu'elle engendrait des répercussions cliniques et fonctionnelles, mais il a admis, au vu de l'absence de documents médicaux, qu'il existait effectivement une atteinte à la santé qui pourrait être incapacitante. Force est ainsi de constater, avec le Dr F. _____, que les éléments figurant au dossier ne permettent pas de statuer en toute connaissance de cause.

E. 5

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, compte tenu des pièces dont l'OAI disposait au moment de rendre la décision litigieuse, il n'a pas violé le

- 13 - droit fédéral en rejetant la demande de prestations. Toutefois, le rapport du 9 octobre 2018 que la recourante a produit avec sa réplique a mis en évidence la nécessité d'une instruction complémentaire sur le plan somatique. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – 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 –, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de réunir les rapports médicaux nécessaires, ainsi que de mettre en œuvre toutes autres mesures jugées utiles, afin de déterminer la nature de l'atteinte à la santé de la recourante mise en évidence par l'IRM réalisée en 2018, ainsi que les éventuelles répercussions sur sa capacité de travail. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

E. 6

a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI 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 de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). La recourante, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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