

VD_GERICHTE ZD20.036440 vom 4. Oktober 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-10-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.036440

FR: VD_GERICHTE ZD20.036440 du 4 octobre 2022

IT: VD_GERICHTE ZD20.036440 del 4 ottobre 2022

Erwägungen

E. 6

En l'occurrence, la recourante conteste les conclusions des experts B. _____ et A. _____ mandatés en 2018 par l'OAI, leur opposant l'appréciation de ses médecins traitants et les constatations faites à l'issue des mesures de réadaptation mises en œuvre par l'OAI. a) A titre liminaire, il y a lieu de souligner que même si les griefs de la recourante portent essentiellement sur la suppression de toute rente au 31 octobre 2018 (cf. consid. 2b supra), il demeure que lorsque

- 25 - l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et 135 V 141 consid. 1.4.4). En l'espèce, il appert que pour la période antérieure au 31 octobre 2018, l'évaluation rétroactive faite par le Dr V. _____ à l'issue de l'expertise bidisciplinaire susdite (cf. rapport du 15 novembre 2018) tient essentiellement compte d'incapacités de travail induites par la problématique somatique, sans égard à la composante psychique pourtant jugée pleinement invalidante aux termes de l'expertise psychiatrique réalisée à la fin de l'année 2014 par le Dr D. _____. Sous cet angle déjà, la position de l'intimé est donc sujette à caution. b) Sur le plan somatique, l'expert A. _____ a posé les diagnostics incapacitants de syndrome cervicobrachial récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sur discopathie C6 et status post discectomie, foraminotomie et pose d'une cage en C6-C7 le 7 mai 2018, ainsi que de lombopygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif mais déficitaire séquellaire en S1 sur status post cure de hernie discale L4- L5 gauche le 12 octobre 2015 (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2018 p. 12). Tenant compte de l'intervention pratiquée en mai 2018, l'expert a évalué la capacité de travail dans l'activité antérieure à 60 %, susceptible de bien évoluer « [n]ormalement du point de vue somatique », et a évoqué une diminution de performance ne dépassant pas 10 % (cf. ibid. p. 16). L'expert A. _____ a en outre estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (évitant les ports de charges de plus de 5 à

E. 10

kg en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive, ainsi que les mouvements répétitifs de flexion-extension de la colonne cervicale), la capacité de travail atteignait 100 %, évoquant là encore une diminution de performance de 10 % « [d]ans [l']activité professionnelle antérieure » (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2018 p. 16).

- 26 - Rien n'incite à s'écarter des diagnostics incapacitants retenus par l'expert A. _____. Ceux-ci s'inscrivent, en effet, dans la continuité des troubles somatiques

précédemment observés par les différents médecins intervenus – dont l'expert M. _____ en décembre 2014 – et qui ont mené aux interventions pratiquées le 12 octobre 2015 par le Dr F. _____ et le 7 mai 2018 par le Dr U. _____. Il n'est du reste pas contesté que, malgré ces interventions chirurgicales, une symptomatologie douloureuse persiste. Or si l'expert A. _____ a retenu que la chronicisation des douleurs lombaires s'inscrivait dans le contexte d'un probable déconditionnement modéré (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2018 p. 13), il a par ailleurs souligné que le socle somatique ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie et de l'impotence fonctionnelle décrites par l'assurée (cf. ibid. p. 14 et 17). Au final, on peine donc à comprendre si les douleurs – notamment lombaires – doivent être mises sur le compte d'un déconditionnement physique, auquel il pourrait être remédié à l'issue d'une période de transition, ou si au contraire elles relèvent d'une problématique autre que somatique. Sous cet angle, les conclusions de l'expert A. _____ manquent donc de clarté. A cela s'ajoute que la Cour de céans ne saurait être convaincue par l'évaluation de la capacité de travail effectuée par l'expert. D'une part, s'agissant de la capacité de travail dans l'activité antérieure, l'expert A. _____ se contente de présumer une évolution positive au-delà de 60 %, mais sans indiquer clairement dans quelles conditions et jusqu'à quel taux. D'autre part et surtout, les conclusions de l'expert apparaissent manifestement erronées en tant qu'elles associent la pleine exigibilité d'une activité adaptée à une diminution de performance de 10 % dans l'activité habituelle. Compte tenu des lacunes ainsi mises en évidence, la valeur probante de l'appréciation rhumatologique émise par le Dr A. _____ ne peut qu'être relativisée. c) Sous l'angle psychiatrique, il convient tout d'abord de s'arrêter sur les diagnostics retenus par l'expert B. _____. Ce dernier a en premier lieu signalé un trouble dépressif récurrent, actuellement en

- 27 - rémission (cf. rapport d'expertise du 13 août 2018 p. 13). En tant que telle, l'existence d'un trouble dépressif avait déjà été relevée en amont, notamment par la Dre Q. _____ et l'expert D. _____. Si l'expert B. _____ a estimé que ledit trouble se trouvait en phase de rémission faute de signes ou symptômes au moment de l'entretien (cf. ibid. loc. cit.), il reste que les constatations y relatives tirées de son examen (cf. ibid. p.

E. 11

s.) incitent à la réserve. L'expert B. _____ a en effet retenu que l'assurée ne présentait ni tristesse, ni angoisses, ni idées noires (cf. ibid. p. 12). Néanmoins, dans le cadre des informations fournies spontanément par l'assurée, l'expert a indiqué que cette dernière se disait triste, angoissée et ayant des idées noires (cf. ibid. p. 8). On peine dès lors à comprendre que ces apparentes divergences n'aient pas été discutées par l'expert, le cas échéant à la lumière de tests psychométriques usuellement pratiqués dans un contexte de trouble dépressif (par exemple échelle de Hamilton ou échelle M.A.D.R.S.). A cela s'ajoute que l'expert B. _____ a plus particulièrement retenu des traits d'un trouble dépressif (cf. ibid. p. 13) mais que la référence à de tels « traits » s'inscrit généralement dans le cadre de l'étude de la personnalité d'un sujet et non dans l'analyse de troubles du registre thymique. En second lieu, l'expert B. _____ a laconiquement confirmé le diagnostic « Z73 » retenu par l'expert D. _____ en 2014, sans proposer la moindre description des traits de personnalité pathologiques retrouvés chez l'assurée. Bien plus, en se contentant de réfuter catégoriquement tout trouble avéré de la personnalité, l'expert B. _____ s'est abstenu de prendre position sur la problématique développée quatre ans plus tôt par l'expert D. _____ – à savoir que les critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité

semblaient bien remplis mais que, un tel diagnostic ne pouvant être posé à l'issue d'un seul entretien, seuls pouvaient être retenus des traits de personnalité immatures, évitants et schizoïdes accentués (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2014 p. 8). Il découle de ces éléments que, sur le plan des diagnostics strictement psychiatriques, l'évaluation de l'expert B. _____ comporte des lacunes et ne peut être suivie. A cela s'ajoute que les conclusions de l'expert B. _____ sont également lacunaires sous l'angle de la grille d'indicateurs définie à l'ATF

- 28 - 141 V 281 et ne permettent pas de procéder à une évaluation satisfaisante des ressources résiduelles de la recourante. En particulier, s'agissant des indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel, l'expert n'a pas détaillé en quoi les atteintes retenues se manifestaient concrètement, pas plus qu'il n'a précisé si elles avaient pu jouer un rôle dans l'issue des thérapies ou si elles avaient impacté le déroulement des mesures de réadaptation entreprises en 2015. L'expert n'a pas davantage décrit les interactions entre les comorbidités existantes. Peu importe, à cet égard, que l'expert se soit prononcé sous l'angle d'un trouble dépressif en rémission et de traits de personnalité « qui ne présent[ai]ent pas de limitation fonctionnelle » (cf. rapport d'expertise du 13 août 2018 p. 13). Il demeure, en effet, qu'une structure accentuée de la personnalité (Z73.1) peut être considérée comme une comorbidité juridiquement significative lorsqu'une diminution des capacités résulte de son interaction avec l'atteinte principale à la santé (voir à cet égard ATF 144 V 50 consid. 5.2.1). Du reste, force est de rappeler que l'expert D. _____ avait décrit, en 2014, une organisation pathologique de la personnalité ayant favorisé depuis longtemps la recrudescence et la persistance de certains symptômes anxiodépressifs (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2014 p. 9). Dans ces conditions, l'expert B. _____ ne pouvait s'abstenir de procéder à l'examen des liens entre les atteintes retenues. A cela s'ajoute que l'expert ne s'est pas davantage prononcé sur l'éventuelle relation entre les troubles psychiques mentionnés et la problématique somatique affectant l'assurée. La Cour de céans relève encore que l'expert n'a pas fourni une évaluation claire de la personnalité de la recourante, se contentant de retenir catégoriquement l'existence de certains traits pathologiques non définis. Enfin, la seule affirmation de l'existence de ressources chez la recourante (cf. rapport d'expertise du 13 août 2018 p. 15), sans réelle motivation, est à l'évidence insuffisante pour satisfaire aux réquisits jurisprudentiels en vigueur. Compte tenu de ces lacunes, l'évaluation de l'expert B. _____ n'apparaît pas satisfaisante et ce nonobstant les incohérences mentionnées quant à la capacité de l'assurée à gérer le stress ou les foules (cf. rapport d'expertise du 13 août 2018 p. 13).

- 29 - On ne saurait, par conséquent, se rallier à l'entière capacité de travail retenue par ce médecin sous l'angle psychiatrique. d) L'appréciation consensuelle des experts B. _____ et A. _____ prête tout autant le flanc à la critique. Il apparaît en effet que cette appréciation se résume, pour l'essentiel, à un renvoi aux conclusions de l'expert rhumatologue accompagné d'une mention quant à l'absence d'atteinte à la santé handicapante du point de vue psychiatrique et l'entière capacité de travail en découlant (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2018 p. 17 à 19). Or ce processus ne s'apparente pas à une discussion de fond telle qu'elle devrait intervenir dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire. On peut, du reste, s'interroger sur la portée du consensus obtenu entre les deux experts dès lors que le Dr A. _____ a expressément indiqué que le socle somatique ne suffisait pas à expliquer l'ampleur de la symptomatologie et de l'impotence fonctionnelle (cf. ibid. p. 14 et 17) mais que les experts, dans le cadre de la discussion finale, n'ont pas

même abordé l'éventualité d'une composante psychosomatique ou, à tout le moins, d'un syndrome somatique associé à la dépression – syndrome pourtant retenu par l'expert D. _____ quatre ans plus tôt (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2014 p. 7). Par surabondance, on notera que le rapport d'expertise établi en 2014 par le Dr M. _____ comportait déjà la notion d'un diagnostic psychosomatique sous forme d'un trouble somatoforme différencié évoqué par la Dre [...], spécialiste en rhumatologie (cf. rapport d'expertise du 8 décembre 2014 p. 3) ; cela étant, on comprend d'autant moins que l'éventualité d'une composante psychosomatique ait été passée sous silence. La confrontation entre le volet rhumatologique et le volet psychiatrique de l'expertise vient, par ailleurs, mettre en doute les incohérences retenues par l'expert B. _____ quant au comportement de l'assurée (cf. consid. 6c supra). En effet, l'expert psychiatre a estimé que les angoisses et la peur de sortir exprimées par l'assurée étaient peu

- 30 - compatibles avec son activité pour l'Association [...] qui consistait à amener des personnes âgées d'un endroit à un autre (cf. rapport d'expertise du 13 août 2018 p. 14). Or l'expert rhumatologue a décrit une activité autrement moins contraignante, consistant à accompagner des personnes âgées pour discuter et leur tenir compagnie (cf. rapport d'expertise du 25 juillet 2018 p. 7). Il suit de là que, d'un point de vue consensuel également, l'expertise bidisciplinaire réalisées par les experts A. _____ et B. _____ n'apparaît pas satisfaisante. e) En cours de procédure judiciaire, la recourante a par ailleurs produit des documents médicaux évoquant une détérioration de son état de santé. D'une part, la Dre Q. _____ a signalé des épisodes dépressifs légers à moyens depuis 2018 (cf. rapport du 12 mars 2021), évoquant ainsi une évolution contemporaine ou postérieure à l'examen réalisé le 30 avril 2018 par le Dr B. _____ mais en tous les cas antérieure à la décision attaquée et dont la portée n'a guère été investiguée à ce stade. D'autre part, la psychiatre traitante a également évoqué une problématique addictologique. A cet égard, il faut rappeler que dans son rapport du 28 avril 2014, la Dre Q. _____ a mentionné un syndrome de dépendance à l'alcool sans impact sur la capacité de travail. Quant à l'expert D. _____, il a relevé l'absence de signe d'abus d'alcool chez une assurée qui, minimisant sa consommation, indiquait ne pas boire tous les jours et prendre occasionnellement du cannabis (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2014 p. 4 et 7). Pour sa part, relevant que l'assurée était abstinente au moment de l'examen et que les analyses réalisées ne montraient pas de trace d'éthanol (cf. rapport d'expertise du 13 août 2018 p. 10 et 13), l'expert B. _____ n'a pas abordé la question d'une éventuelle dépendance à l'alcool. Or dans son rapport du 12 mars 2021, la Dre Q. _____ a expressément fait état d'une consommation d'alcool néfaste pour la santé en aggravation depuis 2018 et dont l'interaction

- 31 - avec des traits de personnalité mixtes (à composante évitantes, paranoïaques et anxieuses) contribuait à entretenir le trouble dépressif. Certes, hormis des tremblements des membres supérieurs, aucune limitation fonctionnelle n'a été signalée par la psychiatre traitante (cf. rapport produit le 2 septembre 2021) et les tests sanguins réalisés en juin 2021 n'ont pas fourni de résultats concluants du point de vue des marqueurs biologiques (cf. avis SMR du Dr Y. _____ du 17 novembre 2021 et rapport de la Dre Q. _____ du 22 décembre 2021). Ce nonobstant, il reste que l'interaction évoquée par la psychiatre traitante entre les différentes problématiques de l'assurée – dépression, traits de personnalité, consommation d'alcool – n'a jusqu'ici pas fait l'objet d'une analyse circonstanciée, s'inscrivant notamment dans le contexte de la grille d'évaluation développée à l'ATF 141 V 281. Les informations manquent également s'agissant de l'hypothèse d'un système

hépatique résistant, susceptible d'expliquer l'apparente normalité des marqueurs biologiques de l'assurée (cf. rapport de la Dre Q. _____ du 22 décembre 2021). Au final, il découle de ce qui précède que les éléments au dossier sont insuffisants pour se prononcer sur l'importance et l'impact de la consommation d'alcool de la recourante, en particulier sous l'angle d'une aggravation intervenue depuis 2018. f) En définitive, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction en vue de déterminer l'existence d'atteintes à la santé psychique (y compris sous l'angle d'une éventuelle dépendance à l'alcool au sens de l'ATF 145 V 215), psychosomatique ou rhumatologique susceptibles d'influer sur la capacité de travail de l'assurée. 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 –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA comportant à tout le moins un volet psychiatrique et un volet rhumatologique, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre

- 32 - spécialité médicale jugée opportune. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties. 7. a) En conclusion, le recours doit être admis dans la mesure où il est recevable et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe. La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). La liste des opérations produite par Me Séverin Tissot-Daguette, avocat chez Procap, ne peut pas être suivie s'agissant du tarif horaire sur lequel elle se fonde. En revanche, les opérations en tant que telles ne prêtent pas le flanc à la critique. Il convient donc d'arrêter l'indemnité à 1'800 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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