

VD_GERICHTE ZD21.011467 vom 30. November 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.011467

FR: VD_GERICHTE ZD21.011467 du 30 novembre 2021

IT: VD_GERICHTE ZD21.011467 del 30 novembre 2021

Erwägungen

E. 2

Le traitement par Topamax® a-t-il apporté un bénéfice ? Le bénéfice a été peu marqué et transitoire, sous forme d'une atténuation de l'intensité des douleurs.

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette

- 13 - 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. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure 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 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une

constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la

- 14 - décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). En ce qui concerne l'évaluation médicale effectuée par un SMR au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, qui est établie sans que le médecin n'examine l'assuré, elle ne contient aucune observation clinique. Un tel avis a ainsi seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite

- 15 - à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4 in SVR 2009 IV n° 50 p. 153). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; TF 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.2). S'il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3), on rappellera cependant que lorsqu'un cas est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins des assurances, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_353/2020 du 5

mars 2021 consid. 3). Tel est en particulier le cas lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même minimes quant à la fiabilité et la pertinence de ces constatations médicales. Dans un tel cas, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant, selon la procédure de l'art. 44 LPGA, ou une expertise judiciaire (TF 8C_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 4.2).

- 16 -

E. 4

En l'occurrence, et pour l'essentiel, la recourante se plaint d'une instruction insuffisante de la part de l'intimé. Pour sa part, ce dernier estime que l'état de la recourante ne s'est pas péjoré depuis le précédent refus de prestations du 16 juillet 2018. A cet égard, on peut s'étonner à titre préliminaire que l'intimé soit entré en matière sur la deuxième demande de prestations, puis l'ait écartée, sans autre mesure d'instruction, sur la base de deux avis succincts et peu motivés de la Dre C. _____ du SMR. Cela étant, et quoi qu'en dise l'intimé, sur la base des éléments produits dans le cadre de la troisième demande de prestations, il ne pouvait se limiter à écarter, sans mesure d'instruction complémentaire, les rapports des médecins traitants. Sur le plan neurologique en effet, la Dre C. _____ du SMR a estimé par avis du 23 mars 2020 qu'il y avait lieu de demander au Dr D. _____ quelle avait été l'évolution des céphalées depuis son rapport de décembre 2019, si le traitement par Topamax® avait apporté un bénéfice, et quelles étaient les limitations fonctionnelles de la recourante. Or, le Dr D. _____ a répondu à l'intimé le 26 mai 2020 que le bénéfice du traitement avait été peu marqué, et transitoire, sous forme d'une atténuation de l'intensité des douleurs. S'agissant des limitations fonctionnelles et du point de savoir s'il existait une baisse de rendement de plus de 30 %, il a répondu ne pas gérer les incapacités de travail ; il a en outre donné une réponse « sur le plan théorique », en exposant que « tout dépend de la fréquence et de l'intensité des céphalées », estimant qu'en soi, une céphalée de tension justifie rarement une incapacité de travail, contrairement aux accès migraineux qui clouent la patiente au lit durant deux à trois jours. Certes, ce rapport est peu informatif, en tant, notamment, que le spécialiste ne se prononce pas concrètement sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail. Toutefois, depuis la dernière décision de juillet 2018, le Dr T. _____ fait état d'une recrudescence des

- 17 - symptômes douloureux des céphalées, depuis 2019, estimant l'incapacité de travail totale (cf. rapport de ce médecin du 24 septembre 2019). Du reste, la patiente a dû, d'une part, séjourner à l'Hôpital V. _____ pour un sevrage médicamenteux, du 3 au 19 septembre 2019, puis, d'autre part, du 12 au 16 septembre 2019, en raison d'un état de céphalées. Elle a consulté un neurologue dans ce contexte, en la personne du Dr D. _____, alors qu'elle n'avait plus vu de neurologue depuis l'examen par le Prof. G. _____, le 25 avril 2001. Le Dr D. _____ a par ailleurs expliqué que le traitement par Topamax® mis en place n'avait eu un bénéfice que peu marqué et transitoire. Ses réponses générales et, de son propre aveu, « théoriques », sur l'impact des céphalées de tension sur la capacité de travail, ne permettent pas de renseigner sur l'état de sa patiente. Par surabondance, le Dr T. _____ a indiqué les 25 septembre et 23 novembre 2020 que la recourante était désormais suivie par le Dr X. _____, auquel l'intimé n'a pas demandé de rapport. Partant, en présence d'une péjoration plausible au plan neurologique depuis la

décision de juillet 2018, l'intimé ne pouvait se limiter, sans autres mesures d'instruction, à nier le droit aux prestations. Sur le plan psychiatrique, la Dre C. _____ a également estimé qu'il convenait de réinterroger le psychiatre traitant, afin de savoir comment avait évolué la situation depuis décembre 2019 (cf. avis du SMR du 23 mars 2020). Or, le Dr B. _____, par rapport du 6 juillet 2020, n'a pas répondu à la question relative à la capacité de travail de sa patiente. Cela étant, par rapport à la situation qui prévalait dans le cadre de la deuxième demande, il y a lieu de relever qu'à l'époque, la recourante avait mis un terme à son suivi psychiatrique, depuis février 2018. Désormais, elle a un suivi psychiatrique mensuel auprès du Dr B. _____. Si ce dernier fait état depuis décembre 2019 d'une amélioration, son constat reste celui d'une évolution « lentement favorable ». Dans la mesure où, le 15 janvier 2020, il estimait que la patiente n'était pas en mesure de travailler, et que le pronostic à moyen/long terme était réservé, la seule mention d'une évolution « lentement favorable » le 6 juillet 2020 ne permet pas d'exclure une atteinte incapacitante au plan psychiatrique.

- 18 - Pour le surplus, par avis du 22 septembre 2020, la Dre C. _____ du SMR a estimé qu'il y avait lieu de réinterroger le médecin traitant, afin qu'il précise l'évolution de la capacité de travail. Le Dr T. _____ a donné suite à cette requête le 25 septembre 2020. Il a alors fait mention d'un syndrome anxio-dépressif non amélioré, avec une capacité de travail demeurant nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis septembre 2019, les limitations fonctionnelles étant des céphalées, des troubles de la concentration et une anxiété. Finalement, la Dre C. _____ du SMR a estimé par avis du 10 novembre 2020 que la situation semblait stationnaire depuis 2000, en se référant aux expertises neurologiques des 7 juillet 2000 et 26 avril 2001 et à l'expertise psychiatrique du 29 septembre 2003. Or, il y a lieu de constater, avec la recourante, que la situation qui prévalait au début des années 2000 n'est plus d'actualité. En particulier au plan psychiatrique, alors que le Dr P. _____ doutait de la motivation de la recourante à travailler (cf. expertise du 29 septembre 2003, p. 18, « pas de volonté motivée en ce sens » [réd : s'agissant de la capacité à s'adapter à l'environnement professionnel] ; expertise, p. 19, « Augmentation de la capacité de travail éventuellement à plus de 80 % dans toute activité adaptée à ses compétences et sa motivation, qui reste, par ailleurs, à démontrer »), la recourante a œuvré pour le compte de L. _____ SA à compter de 2007, à un taux de 100 %, jusqu'à mars 2017, soit durant plus de dix ans. Elle a ainsi démontré qu'elle a été, malgré l'appréciation du Dr P. _____, en mesure de s'adapter à un environnement professionnel, et d'exercer une activité lucrative, ce qui, contrairement à ce qu'avait noté l'expert P. _____, atteste qu'elle a bien eu la motivation de travailler, et de surcroît à un taux élevé, durant plusieurs années consécutives, alors même que ses deux derniers enfants n'étaient pas très âgés. Au demeurant, selon l'indication du Dr T. _____ figurant dans son rapport du 25 septembre 2020, le neurologue X. _____ était d'avis que le syndrome anxio-dépressif était principalement en cause.

- 19 - Finalement, il résulte des considérations qui précèdent que l'état de santé de la recourante a plausiblement connu une détérioration depuis la décision du mois de juillet 2018. Au vu par ailleurs des appréciations de ses médecins, qui sont en contradiction avec celles du SMR, - lequel s'est au demeurant fondé sur des rapports d'expertise datant de 2000, 2001 et 2003 pour retenir une situation qui « semble » stationnaire - , l'intimé ne pouvait, sans autres mesures d'instruction, écarter la demande de prestations. Il convient dès lors de renvoyer 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 LPG, afin qu'il sollicite, dans un premier temps, un rapport au Dr X. _____, puis mette en œuvre une expertise médicale, conformément à l'art. 44 LPG, comportant à tout le moins un volet neurologique et psychiatrique, et rende une nouvelle décision.

E. 5

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe. c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié qui a produit une liste des opérations, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

- 20 -

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