

VD_GERICHTE ZD22.036845 vom 19. Januar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.036845

FR: VD_GERICHTE ZD22.036845 du 19 janvier 2024

IT: VD_GERICHTE ZD22.036845 del 19 gennaio 2024

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

E. 3

a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). b) D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions de droit matériel en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié

- 16 - juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 138 V 176 consid. 7.1). En l'espèce, les faits déterminants de la présente cause se sont tous déroulés avant l'entrée en vigueur de la nouvelle, en particulier s'agissant de la survenance de l'incapacité de travail et de l'ouverture du droit à la rente. Ainsi, en dépit de la date de la décision litigieuse, il convient de se référer aux dispositions de la LAI et de son règlement d'exécution dans leur ancienne teneur, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 4

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 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 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).

E. 4.3

et les références citées). bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en

- 19 - matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

E. 5

a) 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

- 17 - 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

E. 6

- a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).
- b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

- 18 - c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid.

E. 7

- a) En l'espèce, on peut préalablement observer que les rapports régulièrement établis par les médecins traitants de la recourante ont fait uniquement état de diagnostics d'ordre neurologique et psychiatrique, ainsi que de problèmes neuropsychologiques (épilepsie focale, troubles de la personnalité, épisode anxio-dépressif, troubles cognitifs), lesquels ont été investigués dans le cadre du rapport d'expertise bidisciplinaire du Centre G. _____ du 17 novembre 2021. Il s'agit, dans ce contexte, d'écarter toute référence à une éventuelle atteinte rhumatologique du genou gauche, dans la mesure où les pièces relatives à un accident de ski survenu en 2019 ont trait à une tierce personne et ont été classées par inadvertance manifeste dans le dossier de la recourante. Aucun des intervenants au dossier n'a toutefois relevé l'erreur de destination de ces pièces ; en revanche, le SMR en a tenu compte dans sa suggestion de mise en œuvre d'une expertise, ce qui témoigne d'emblée

d'une certaine légèreté dans le traitement du cas de la recourante (cf. par exemple : avis du SMR du 21 mai 2021 et synthèse du dossier contenue dans le rapport d'expertise du Centre G._____ du 17 novembre 2021, p. 5). b) Indépendamment du constat ci-dessus, il convient, à l'instar de la recourante, de constater que le rapport d'expertise du Centre G._____, sur lequel s'appuie l'intimé pour justifier la décision querellée, apparaît insuffisamment documenté et motivé pour se prononcer sur le droit aux prestations revendiquées. Le rapport d'expertise en question ne

- 20 - remplit pas les réquisits minimaux attendus d'une évaluation pluridisciplinaire du niveau d'une expertise. On observe tout d'abord que l'appréciation prétendument consensuelle des experts du Centre G._____ consiste de fait en une reprise littérale de divers passages des rapports établis spécifiquement par les Drs J._____ et K._____. Aucune discussion, ni analyse bidisciplinaire de la situation de la recourante ne figurent dans cette évaluation. Les différents diagnostics posés ne sont ni expliqués, ni étayés, et l'on ne voit pas que les experts auraient procédé à un consilium pour parvenir à une appréciation globale de la capacité résiduelle de travail et des limitations fonctionnelles. Une évaluation consensuelle pointue du cas de la recourante s'imposait pourtant au regard de l'intrication des aspects neurologique et psychique relatée par l'ensemble de ses médecins traitants, singulièrement par le Dr C._____ (cf. par exemple : rapport de ce spécialiste du 8 avril 2020 annexé au rapport de la Dre F._____). A la lecture des conclusions des experts, force est de relever que le tableau clinique décrit est imprécis et morcelé, chacun des deux spécialistes ayant fait part de ses constats respectifs quant aux limitations et ressources de la recourante. On en déduit que le lecteur devrait retrouver les éléments pertinents dans les rapports rédigés séparément par chacun des experts dans son domaine de compétence et qu'il s'agirait ensuite de comprendre le raisonnement ayant abouti aux conclusions communiquées. Ce procédé ne correspond toutefois pas aux exigences d'une mission expertale dans un contexte bi- ou pluridisciplinaire. Au demeurant, les rapports respectivement établis par les Drs J._____ et K._____ (faisant partie intégrante du rapport d'expertise du 17 novembre 2021) apparaissent insuffisants pour pallier les défauts de l'évaluation consensuelle, ainsi qu'il sera exposé ci-dessous.

E. 8

a) Sur le plan neurologique, le Dr J._____ a procédé à un examen – somme toute plutôt sommaire – de la recourante et a communiqué les résultats de ses investigations, en reprenant pour l'essentiel les termes des rapports médicaux du Dr C._____. L'expert n'a en particulier procédé à aucun examen complémentaire destiné à vérifier les diagnostics envisagés par le neurologue traitant. Il est néanmoins parvenu à la conclusion que la recourante pouvait reprendre une activité

- 21 - lucrative adaptée au taux de 80 %, sans fournir de véritable motivation en lien avec cette appréciation. Il s'est en effet limité à relever que les crises survenaient « relativement rarement (1 à 6 fois par mois) » et qu'il s'agissait « la plupart du temps » de crises d'épilepsie partielle simples. En parallèle, l'expert n'a pourtant pas manqué de relever que la persistance de crises partielles complexes restreignait l'aptitude à la conduite de la recourante, tout en estimant que les résultats du bilan neuropsychologique devaient être pris « avec recul ». L'expert n'apporte cela étant aucune plus-value sérieuse par rapport aux documents spécialisés précédemment versés au dossier ; il ne fournit pas davantage de discussion, ni de critiques des diagnostics retenus ou des scores réalisés lors de l'évaluation neuropsychologique (cf. rapport d'expertise du Centre G._____ du 17 novembre 2011,

p. 15-16 et 26). b) Par ailleurs, l'expert a expressément souligné le bilan universitaire planifié au sein des Hôpitaux N._____, relevant qu'il serait alors indispensable de répéter les tests de validation, ce qui permet de douter du caractère définitif de son appréciation (cf. ibidem, p. 15-16 et 26). On peut, dans ce contexte, mentionner que l'expert aurait été légitimé à requérir un tirage du rapport auprès de ses confrères des Hôpitaux N._____ aux fins de compléter son évaluation. A défaut, il apparaît que l'intimé aurait dû, au minimum, solliciter une nouvelle fois le Centre G._____, respectivement le Dr J._____, pour que ce dernier se détermine sur la teneur du rapport de séjour des Hôpitaux N._____ du 16 novembre 2021. On ajoutera qu'une telle démarche, postérieurement au rapport d'expertise du 17 novembre 2021, s'imposait d'autant plus que les Hôpitaux N._____ ont fait état d'un nouveau bilan neuropsychologique, lequel conduisait à retenir une composante fonctionnelle relativement importante (cf. rapport des Hôpitaux N._____ du 16 novembre 2021, p. 4). c) Compte tenu des éléments qui précèdent, il y a lieu de déduire que le volet neurologique, ainsi que neuropsychologique, du rapport d'expertise du Centre G._____ s'avère incomplet.

- 22 -

E. 9

a) Du point de vue psychiatrique, l'évaluation contenue dans l'expertise du Centre G._____, rédigée par la Dre K._____, ne répond à l'évidence pas aux exigences de qualité énoncées notamment dans les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, édictées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie. Le rapport de cette spécialiste frappe d'emblée par son manque de substance et de motivation, tant sur le plan diagnostique que du point de vue de ses conclusions. b) L'experte a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité histrionique, ainsi que de trouble anxieux et dépressif mixte, considérés comme sans influence sur la capacité de travail. La Dre K._____ a justifié son appréciation de manière extrêmement succincte, en l'illustrant par des comportements attribués à la recourante, sous rubrique « Epicrise : signes cliniques et explications des diagnostics ». Ce faisant, elle a mentionné divers symptômes témoignant d'une « anxiété importante » (syndromes neurovégétatifs, palpitations, gêne épigastrique et sécheresse buccale) sans manquer de se contredire en qualifiant le trouble anxieux et dépressif de « relativement léger », sans autre explication qui permettrait de comprendre le caractère non incapacitant du trouble en question. On ajoutera que la Dre K._____ n'a pas pris la peine de produire une appréciation critique des différentes évaluations communiquées par la psychiatre traitante. Elle n'a pas non plus envisagé des diagnostics différentiels, ni exposé comment – en l'absence de tests et au terme d'un bref entretien d'un peu plus d'une heure – elle parvenait aux diagnostics retenus (cf. rapport d'expertise du Centre G._____ du 17 novembre 2021, p. 16 et 39). Ceux-ci ne sont pas davantage expliqués par les « constatations objectives » relatées par la Dre K._____, lesquelles consistent en une compilation, dénuée de tout commentaire critique, de symptômes qui semblent ressortir des seules allégations de la recourante (cf. ibidem, p. 34 à 37). Au titre d'observations sur la personnalité de cette dernière, la Dre K._____ a fait état de manifestations comportementales, sans explications complémentaires, sans confrontations avec les éléments d'anamnèse ou les éventuelles plaintes alléguées (cf. ibidem, p. 37). On ignore ainsi totalement sur quels éléments objectifs la Dre K._____

- 23 - fonde son appréciation du cas, qui n'est rejointe par aucun autre avis médical au dossier. c) Quant à la rubrique spécifiquement liée à l'évaluation médicale et médico-assurantielle de l'experte, celle-ci s'avère également extrêmement succincte et composée d'une liste des capacités qui seraient préservées auprès de la recourante, sans aucune illustration concrète en lien avec le cas particulier (cf. ibidem, p. 40 et 41). d) Le rapport d'expertise psychiatrique est enfin sérieusement déficient quant à l'analyse des indicateurs posés par la jurisprudence fédérale rappelée sous consid. 6c supra. Les éléments relatés par la Dre K. _____, eu égard à l'appréciation des ressources de la recourante, sont constitués – une fois de plus – d'une compilation des rubriques basées sur la Mini-CIF-APP, reprises pêle-mêle sans aucune analyse concrète et circonstanciée (cf. ibidem, p. 40 à 42). On ajoutera qu'en dépit du caractère éventuellement psychogène de l'épilepsie affectant la recourante, la Dre K. _____ ne se prononce aucunement sur cet aspect de la pathologie soumise à ses investigations. Le rapport de la Dre K. _____ ne fournit ainsi aucune information sérieuse tant au niveau du degré de gravité des atteintes à la santé évoquées que des ressources et capacités effectives de la recourante. e) Ce document ne permet donc manifestement pas de déterminer l'incidence des atteintes à la santé sur la capacité de travail de la recourante, ni de se prononcer sur les ressources à sa disposition pour en surmonter les conséquences.

E. 10

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du

- 24 - 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés 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'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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). d) En l'espèce, il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise du Centre G. _____ était à la fois incomplet (faute de détermination sur le rapport subséquent des Hôpitaux N. _____) et insuffisant (compte tenu de ses graves lacunes et défauts) pour statuer sur le droit aux prestations de la recourante, de sorte que ce document ne pouvait se voir accorder valeur probante. La Cour de céans estimant

que l'intimé a failli à son obligation d'élucider les faits à satisfaction, il s'agit dès lors de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction. Après actualisation des pièces médicales, il lui appartiendra de solliciter une nouvelle expertise pluridisciplinaire de la recourante, comprenant des

- 25 - volets neuropsychologique, neurologique et psychiatrique, avec en particulier une appréciation consensuelle exhaustive, notamment eu égard la corrélation entre les diagnostics neurologiques et psychiatriques posés dans le cas particulier.

E. 11

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. 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 600 fr. et de les porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

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