

VD_GERICHTE ZD23.036560 vom 15. April 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.036560

FR: VD_GERICHTE ZD23.036560 du 15 avril 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.036560 del 15 aprile 2024

Erwägungen

E. 6

a) En l'occurrence, une expertise a été confiée au Centre B. _____, plus particulièrement aux Drs J. _____ et Z. _____, qui ont rendu leur rapport le 12 juin 2015. Celui-ci comporte un volet de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie. aa) Sur le plan somatique, le Dr J. _____ a établi un status détaillé comportant un volet dermatologique, cardio-vasculaire, pulmonaire, abdominal, ORL, neurologique et rhumatologique. Il a ainsi constaté que les réflexes tendineux étaient présents et symétriques aux quatre membres, sans déficits aux membres inférieurs. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons était possible des deux côtés, en dépit des grimaces et des plaintes douloureuses lors de ces mouvements. La manœuvre de Lasègue entraînait des douleurs lombo-fessières mais pas de sciatalgies. Le bassin et les épaules étaient équilibrés, malgré une asymétrie des plis cutanés du tronc et une attitude scoliotique. La mobilité

- 21 - de la nuque était correcte, sans franche limitation. Les mouvements d'inclinaison latérale, de rotation et d'hyperextension du rachis dorso-lombaire étaient diminués de moitié environ dans toutes les directions et tous les mouvements étaient déclarés douloureux. En position assise, la percussion du rachis dorso-lombaire était douloureuse, comme la palpation de l'ensemble du rachis en décubitus ventral ainsi qu'au niveau cervical haut. La palpation des insertions musculaires sur l'occiput et les crêtes iliaques postérieures était douloureuse, mais il n'y avait pas de contracture paravertébrale nette. L'expert n'a pas relevé d'amyotrophie au niveau des épaules, la rotation externe et la rétropulsion étaient préservées. Les points pour une tendinopathie de la coiffe des rotateurs étaient tous déclarés douloureux à droite, avec une diminution de la force. Les articulations des membres supérieurs et inférieurs ne présentaient pas de signe d'arthrite, synovite ou ténosynovite et la mobilité articulaire était préservée pour toutes les articulations malgré les plaintes douloureuses. Se fondant sur ses observations, le résultat de son examen clinique et le dossier, notamment radiologique, le Dr J. _____ a retenu que du point de vue objectif, sur le plan de la médecine interne, l'assurée présentait un status après cancer de la thyroïde en 1999, une hypothyroïdie substituée et compensée, une obésité de longue date, des valeurs de tension artérielle à la limite de la norme, ainsi que des vertiges. Ces affections n'entraînaient toutefois pas d'incapacité de travail durable. Sur le plan rhumatologique, l'assurée se plaignait de douleurs ostéo-articulaires et musculaires diffuses de longue date. Du point de vue objectif, l'expert a relevé qu'il y avait de discrets troubles statiques du rachis, des troubles dégénératifs débutant sous forme de discopathie cervicale décrite dès 2000, et une arthrose gléno-humérale et acromio-claviculaire modérée mise en évidence en 2013. L'évaluation effectuée le jour de l'expertise était compatible avec un conflit sous-acromial et une possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs n'expliquant toutefois que partiellement l'importante symptomatologie douloureuse décrite. Le tableau évoquait

un syndrome somatoforme diffus. L'expert a retenu que l'assurée présentait les mêmes limitations fonctionnelles que celles décrites lors du précédent examen du SMR. Moyennant le respect de ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était préservée.

- 22 - bb) Sur le plan psychique, l'expert Z. _____ a relevé que l'ensemble du parcours professionnel et personnel de l'assurée contredisait la notion de trouble de personnalité au sens clinique du terme, l'intéressée ayant montré des capacités d'adaptation sans rencontrer de dysfonctionnements majeurs ou de déviances des parties de sa personnalité. Le diagnostic retenu précédemment devait donc être écarté. L'expert a exposé que des traits accentués de personnalité pouvaient tout au plus être retenus, dans le sens d'une personnalité immature et peut-être affectivement dépendante. S'agissant de la problématique anxieuse ayant conduit à la reconnaissance de l'invalidité, l'expert a constaté qu'elle s'était déclenchée à la suite de son cancer traité en 1999. A cette époque, l'état psychique de l'assurée était toutefois fortement influencé par des événements extérieurs, tels qu'un conflit dans le couple ayant conduit à une séparation et le comportement d'un de ses fils l'ayant mené à son incarcération. Le psychiatre traitant avait alors observé que la dépression répondait mal au traitement. L'expert psychiatre a à cet égard précisé que cette observation prenait aujourd'hui une autre signification et mettait le doute sur les constats de l'époque, dès lors qu'un dosage médicamenteux effectué dans le cadre de l'expertise avait mis en évidence des taux sériques extrêmement bas, proches de la non-détection. Quoi qu'il en soit, depuis la reconnaissance de son invalidité, l'assurée avait assumé ses tâches quotidiennes, éduqué ses enfants, s'était séparée de son époux tout en trouvant un arrangement au quotidien avec ce dernier. Son fils avait trouvé du travail, s'était marié et était devenu père. L'assurée, quatre fois grand-mère, s'investissait dans ce nouveau rôle. Il y avait donc un important décalage entre l'aggravation alléguée, matérialisée par un sentiment de ne jamais être tranquille par rapport aux événements de la vie, et les nombreux éléments positifs et d'amélioration constatés. L'assurée avait en outre fait le tri dans ses relations sociales qui avaient une influence négative et était entourée par sa famille et son réseau d'amies. Elle s'était également arrangée avec le périmètre dans lequel elle vivait sans crise d'anxiété majeure ou perturbation permanente grave. Le suivi irrégulier et les rendez-vous manqués parlaient également en faveur d'une atteinte plutôt modérée.

- 23 - L'allégation d'aggravation sur le plan psychique ne paraissait donc pas réalisée. L'expert a également écarté le diagnostic d'état dépressif, retenant tout au plus une fragilité de personnalité sous-jacente. Le Dr Z. _____ a ainsi retenu les diagnostics non incapacitants d'état anxieux d'intensité légère (F41.1), d'accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Concernant ce dernier diagnostic, il a constaté que l'expert rhumatologue avait retenu une partie non explicable aux plaintes douloureuses qui étaient très importantes, raison pour laquelle le diagnostic était retenu. Toutefois, il n'était pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère, en l'absence de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans perte d'intégration, sans état psychique cristallisé et sans échec de traitements ambulatoires. L'expert psychiatre a encore ajouté qu'en dehors de ces atteintes, il existait un fort déconditionnement à la vie extérieure, de sorte qu'un réentraînement était nécessaire. La capacité de travail était toutefois complète, sans limitation sur le plan psychique. cc) Les experts ont ainsi conclu, de manière consensuelle, qu'en raison de l'arthrose acromio-claviculaire et gléno-humérale droite, du conflit sous-acromial et de la possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs, l'assurée était incapable de travailler dans

son activité habituelle de coiffeuse ou de manutention lourde. Dans une activité ne se déroulant pas les bras au-dessus de l'horizontale, permettant l'alternance des positions et ne nécessitant pas de lever des charges de plus de 5 kg, la capacité de travail était entière. S'agissant de l'évolution dans le temps de son incapacité de travail, les experts ont relevé qu'il était difficile de se déterminer rétroactivement, notamment au vu des avis psychiatriques contradictoires. Toutefois, en 2013, plusieurs facteurs contextuels dont l'assurée était tributaire s'étaient améliorés de sorte qu'ils ont estimé que la capacité de travail s'était améliorée progressivement et était entière dans une activité adaptée au début de l'année 2014.

- 24 - dd) Le rapport d'expertise du Centre B. _____ a été établi en pleine connaissance du dossier, de l'anamnèse et des plaintes de l'assurée. Il décrit le contexte médical de manière claire et présente des conclusions motivées, dénuées de contradiction. Si le volet psychiatrique n'a pas été établi conformément aux standards posés par l'ATF 141 V 281, il permet d'apprécier la situation de l'assurée de manière concluante à l'aune des indicateurs, comme relevé par le SMR dans son avis du 23 février 2016. L'expert a en effet identifié les problèmes de santé, décrit la personnalité de l'assurée et fait état de ses ressources. L'assurée conservait également des moments de plaisir dans sa vie quotidienne, tels que cuisiner, s'occuper de ses petits-enfants et partager des moments avec ses amis et sa famille. L'expert psychiatre a également examiné le traitement, pour conclure qu'il n'était pas suivi dans les règles de l'art au vu des taux sériques constatés. Aussi, le volet psychiatrique peut se voir conférer une pleine valeur probante, tout comme le volet somatique. b) En omettant dès lors de se fonder sur les conclusions probantes de l'expertise du Centre B. _____ de 2015, confirmées par avis SMR des 3 juillet 2015, 23 février 2016 et 25 février 2020, l'OAI a commis une irrégularité dans la constatation des faits, qui l'a conduit à rendre une décision manifestement erronée le 20 mars 2020. L'art. 53 al. 2 LPGA exige encore que la reconsidération de la décision revête une importance notable. Tel est assurément le cas s'agissant du service d'une demi-rente durant plusieurs années. Par conséquent, les conditions relatives à une reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, de la décision du 20 mars 2020 sont remplies. c) Ce constat ne suffit toutefois pas à conduire à la confirmation de la décision attaquée. En effet, dans le cadre de la révision initiée en été 2021, la recourante a produit en particulier un rapport du 12 juillet 2021 de son

- 25 - psychiatre traitant, le Dr D. _____, qui fait état d'une péjoration de l'état de sa patiente. Le SMR s'est prononcé le 18 janvier 2022 sur ce rapport, en retenant une évolution anxio-dépressive stationnaire, certes fluctuante (comme connue depuis des années) jusqu'en avril 2021, suivie d'une péjoration signalée depuis avril 2021, sans facteur de crise identifié (selon le psychiatre traitant), voire en lien avec certains facteurs psychosociaux (précarité financière / problématiques familiales) (selon le médecin traitant). Pour le SMR, l'aggravation psychique actuelle « parai[ssai]t réactionnelle » et ne représentait pas une perte durable de la capacité de travail dans toute activité. Cette appréciation était motivée par le fait que l'assurée était suivie par son psychiatre « seulement toutes les 2 semaines voire de manière mensuelle (souvent seulement par téléphone) », ce qui semblait très faible pour une atteinte psychiatrique jugée durablement incapacitante. Le SMR a également relevé qu'il n'y avait aucune nécessité d'une hospitalisation en milieu psychiatrique et qu'aucun bilan neuropsychologique n'avait été estimé nécessaire pour objectiver les plaintes neurocognitives de l'assurée. Quant aux limitations fonctionnelles d'ordre psychique, elles n'étaient pas étayées et restaient

majoritairement subjectives, reposant sur les plaintes de l'assurée. Le SMR a ajouté que malgré sa symptomatologie anxio-dépressive, l'assurée avait gardé le plaisir de sortir en ville dans l'après-midi, de préparer ses repas et de regarder la télévision, ce qui semblait incohérent avec une atteinte psychiatrique durablement incapacitante. Ces constats ne sont toutefois pas ceux relevés par le psychiatre traitant. Ce dernier observe au contraire que la patiente ne sort pas, se contente au titre de loisirs de regarder la télévision, se limite à un petit déjeuner frugal, ne prend souvent pas de repas de midi et prépare un repas du soir si sa fille vient la voir (cf. rapport du 9 décembre 2021). Dans son rapport du 3 octobre 2022, le Dr D. _____ a répété que le petit déjeuner est très frugal, que sa patiente ne prend pas tous les jours le repas de midi et qu'elle confectionne un souper simple, sa patiente ayant très peu de loisirs hormis regarder la télévision. Elle s'aménage des temps

- 26 - de pause après avoir fait sa toilette, fait son lit ou ranger un peu son appartement, étant précisé qu'une femme de ménage vient deux fois par semaine et qu'elle se rend chez le coiffeur pour laver ses cheveux. Le fait qu'il n'y ait pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique ne permet pas non plus d'exclure que l'atteinte alléguée soit incapacitante. Le psychiatre traitant rapporte au demeurant des idéations suicidaires passives, lesquelles étaient absentes par le passé, une perte d'intérêts et de plaisirs, un isolement social, ainsi que de nouvelles limitations fonctionnelles telles qu'une apathie, une aboulie, des troubles de la concentration et de l'attention (cf. rapports des 9 décembre 2021 et 13 décembre 2022). Le psychiatre traitant mentionne que l'assurée aurait obtenu un résultat de 29/30 au test MMS d'évaluation des fonctions cognitives, effectué par le médecin traitant en septembre 2022 (cf. rapport du 13 décembre 2022). L'assurée a également changé de traitement antidépresseur en juillet 2021 et celui-ci a été augmenté. La compliance au traitement est désormais établie, contrairement à ce qui prévalait au moment de l'expertise du Centre B. _____ de juin 2015, le psychiatre traitant ayant requis des dosages du taux sérique les 5 octobre et 15 novembre 2022 (cf. rapport du 13 décembre 2022). Se fondant sur l'ensemble des éléments observés et rapportés, le Dr D. _____ pose désormais le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.1), lequel n'était pas retenu lors de l'expertise de 2015. Aussi, il apparaît que les rapports du Dr D. _____ mettent en doute les conclusions du SMR, dont on rappellera que les avis n'ont que pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Dans pareilles circonstances, l'instruction doit être complétée par la mise en œuvre d'une expertise monodisciplinaire confiée à un expert psychiatre, lequel pourra au besoin s'adjoindre les services d'un neuropsychologue. Une expertise somatique n'apparaît pas nécessaire, en l'absence d'élément nouveau sur ce plan depuis l'expertise du Centre B. _____ de 2015.

- 27 - d) L'instruction lacunaire ne permettant pas de se prononcer en connaissance de cause, il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'OAI, à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa). A toutes fins utiles et en dernier lieu, on relèvera que la recourante est âgée de 61 ans depuis le [...] mars 2024 et que, selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF

9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). L'exigibilité ne pourra donc être définitivement constatée qu'à la date de réception future du rapport d'expertise. La question pourrait ainsi se poser d'examiner le cas de la recourante sous l'angle de la jurisprudence fédérale rappelée ci-avant en lien avec les assurés proches de l'âge de la retraite.

E. 7

a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

- 28 - 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). Après examen de la liste des opérations déposée le 4 janvier 2024 par Procap, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'000 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.