

VD_GERICHTE ZD23.045073 vom 2. Dezember 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.045073

FR: VD_GERICHTE ZD23.045073 du 2 décembre 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.045073 del 2 dicembre 2024

Erwägungen

E. 28

septembre 2023, fait suite à une demande de prestations datant du mois de février 2019, avec une incapacité de travail de longue durée remontant au plus tard à octobre 2019, le moment de la naissance d'un hypothétique droit à une rente est très amplement antérieur au 1er janvier 2022, de sorte que le régime légal et réglementaire en vigueur jusqu'au

E. 31

décembre 2021 trouve application. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions de la LAI, l'art. 39 de cette loi étant réservé. b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est subordonné à une durée minimale de trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité. Cette disposition a été modifiée lors de la cinquième révision de la LAI (loi fédérale du 6 octobre 2006 modifiant la LAI ; RO 2007 5129), entrée en vigueur le 1er janvier 2008.

- 14 - 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 LPG). 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 LPG). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPG 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. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les références citées). b) S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité

se situe au moment où celui-ci prend naissance (conformément à l'art. 28 al. 1 LAI), soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (variante I) ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (variante II), mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

- 15 - 5. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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). b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculogique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). c) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux

- 16 - auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont 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 à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées). d) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou

plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). e) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou,

- 17 - au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). 6. a) En l'occurrence, l'OAI a refusé l'octroi de ses prestations d'assurance à l'assurée au motif que les conditions générales d'assurance n'étaient pas remplies. Il a retenu que l'invalidité était survenue déjà dès l'adolescence de la recourante, voire dès l'âge de 13 ans, alors qu'elle vivait encore en [...], à savoir alors que l'assurée ne comptait pas trois années de cotisation compte tenu de son arrivée en Suisse en janvier 2005 et de sa première activité lucrative en 2010. De son côté, l'assurée fait valoir que l'expertise réalisée par D._____ a pleine valeur probante et que la date du début de l'invalidité devant être retenue par l'OAI est celle retenue par les experts, à savoir octobre 2019. Elle argue par ailleurs que sa capacité de travail n'était auparavant pas limitée et considère dès lors qu'elle remplit la condition des trois années de cotisation. b) En raison d'appréciations divergentes de la capacité de travail des médecins consultés par l'assurée et sans corrélation avec des limitations fonctionnelles, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de D._____. Les experts mandatés ont exposé que les problèmes somatiques étaient venus se surajouter aux problèmes d'ordre psychiatrique qui étaient au premier plan. Ils ont estimé que la capacité de travail était nulle de longue durée en raison des troubles psychiatriques, en faisant remonter la survenance de l'invalidité à octobre 2019, date de la première consultation psychiatrique de l'assurée, auprès du Dr P._____. Pour sa part et après avoir réinterrogé les experts de D._____, la médecin du SMR, Dre H._____, a jugé qu'il fallait s'écarter de l'expertise au motif qu'elle était incohérente.

- 18 - Or en l'occurrence, on ne voit pas quelle incohérence résulterait de l'expertise et de son complément, qui justifierait de s'écarter des conclusions circonstanciées de cette expertise, dont le rapport remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il comporte une anamnèse complète, fait la synthèse des documents médicaux, fait état des plaintes exprimées par la recourante, et décrit le contexte déterminant. Il fait l'objet d'une évaluation consensuelle, qui repose sur des investigations complètes dans les domaines psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne. Les répercussions fonctionnelles des troubles physiques et psychiques diagnostiqués lege artis sur la capacité de travail de la recourante, retenues par les experts, emportent la conviction. Ce rapport procède donc d'une appréciation motivée de la situation par des spécialistes, et parvient à des conclusions convaincantes. En particulier, s'agissant des troubles psychiatriques, les experts de D._____ ont certes estimé que le trouble de la

personnalité s'était manifesté dès l'adolescence de l'assurée (cf. rapport d'expertise de D. _____ du 4 octobre 2022, volets consensuel, p. 3 et psychiatrique, p. 6), mais ont retenu qu'il y avait au premier plan un trouble de la personnalité qui s'était progressivement décompensé au gré des problèmes de santé physique (cf. ibidem, volets consensuel, p. 6 et psychiatrique, p. 5). De plus, certains événements de la vie de la recourante avaient épuisé ses ressources, notamment le fait qu'elle avait dû s'occuper de son grand-père malade lorsqu'elle était enfant, qu'elle avait fait face à un père violent, à un mariage arrangé en Suisse, ainsi qu'à des grossesses compliquées (cf. ibidem, volet de médecine interne générale, p. 11). Dans son rapport du 3 août 2020, le Dr P. _____ fait également état d'épisodes dépressifs chez la recourante, survenus à l'âge de 25 ans et encore en novembre 2018, lié au décès de son père, à sa dernière grossesse et à une relation de couple conflictuelle. Ces éléments ont provoqué des réactions somatiques qui ont, finalement, entraîné une décompensation du trouble psychiatrique. En outre, en plus des atteintes physiques qui ont décompensé l'état psychique, les experts mentionnent

- 19 - également des atteintes physiques non stabilisées, telles que les effets négatifs faisant suite à l'opération de bypass, ainsi que des douleurs ostéoarticulaires qui accentuent encore les atteintes psychiatriques justifiant l'incapacité totale de travail (cf. rapport d'expertise de D. _____ du 4 octobre 2022, volet consensuel, p. 6). Le Dr P. _____, qui a examiné l'assurée en vue de l'opération de bypass gastrique, a jugé que le trouble psychiatrique datait d'octobre 2019, date de son examen – sans appréciation rétrospective, laquelle ne se justifiait pas dans le contexte de son examen – dans la mesure où l'opération avait pour objectif principal de soulager les douleurs somatiques de l'assurée (lombalgies et diabète). Etant donné l'importance de l'obésité et les répercussions métaboliques importantes, cet objectif primait alors sur les risques psychiques. L'évolution a toutefois montré que cette intervention chirurgicale avait contribué à décompenser encore le trouble de la personnalité, avec une difficulté de l'accepter (cf. complément d'expertise de D. _____ du 10 janvier 2023). L'ensemble des documents médicaux, même antérieurs à l'expertise, sont concordants à cet égard. La recourante a d'ailleurs certes travaillé à temps partiel auparavant, probablement en lien avec l'arrivée de ses enfants, mais a débuté une activité lucrative dès 2010 sans qu'il n'ait été produit ni arrêts de travail fréquents, ni documents démontrant des licenciements successifs en raison de problèmes relationnels, ni aucune perte financière en raison de ses troubles psychiques. On peut relever que l'assurée est suivie en consultation de diabétologie depuis 2009 à la fréquence de trois à quatre fois par an et que les médecins de ce service n'ont jamais signé d'arrêt de travail ni même signalé un trouble psychiatrique justifiant d'adresser l'intéressée à un autre service. Dans ces circonstances, il faut retenir les conclusions claires et non contradictoires de l'expertise de D. _____ et admettre que les troubles psychiatriques remontent probablement à l'adolescence, mais que ce sont les problèmes somatiques surajoutés ainsi que certains événements de la vie de l'assurée qui ont décompensé de manière durable, par épuisement des ressources, l'état mental constituant la cause d'une incapacité de travail

- 20 - totale plus tardive. Au demeurant, le Dr Y. _____ du Centre [...], où l'assurée est suivie depuis août 2022 rejoint également l'avis des experts de D. _____ (cf. rapport du 30 mai 2023). En l'absence de documents médicaux relatifs à l'état de santé de la recourante antérieurs à sa venue en Suisse en 2005, le bien-fondé des conclusions des experts de D. _____, qui reposent sur les rapports médicaux au dossier, leurs examens ainsi que les éléments anamnestiques recueillis au cours de l'expertise, notamment auprès

de la recourante elle-même, peut être reconnu. En outre, l'échec de son expérience professionnelle en [...] ne saurait être imputé à ses troubles psychiatriques, même si ceux-ci ont pu jouer un rôle dans cet échec. En effet, ces éléments de fait n'ont pas – à cette époque – eu d'impact documenté sur sa capacité de travail. L'appréciation effectuée par la Dre H. _____ du SMR, suivie par l'intimé n'est ainsi pas soutenable. L'existence d'un trouble psychique est certes antérieure à l'arrivée de l'assurée en Suisse, mais c'est la décompensation de ce trouble – que la pose d'un bypass gastrique en 2021 n'a pas permis d'améliorer – qui a conduit à l'incapacité de travail totale durable, laquelle remonte de manière vraisemblable à octobre 2019. c) Compte tenu de ce qui précède, les conditions d'assurance – singulièrement la condition des trois ans de cotisation au moment de la survenance de l'invalidité – et non de l'existence de l'atteinte à la santé – au sens de l'art. 36 al. 1 LAI – sont remplies. Partant, l'intimé n'était pas fondé à nier à la recourante le droit aux prestations de l'AI sur cette base, ce qui conduit à l'admission du recours. 7. a) En conclusion, le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'OAI, à charge pour lui d'entrer en matière et investiguer le taux d'invalidité et l'éventuel droit à des prestations de l'assurée.

- 21 - 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 mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'aide d'un avocat, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG). Vérifiée d'office, la liste des opérations déposée par Me Zürcher le 29 janvier 2024, faisant état de 8 heures et 51 minutes de travail, peut être admise. Il convient dès lors de fixer l'indemnité de dépens à 2'521 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 entièrement à la charge de l'intimé.

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