

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Gasser et Zbinden, assesseurs
Greffier : M. Laurent

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Christian Favre, avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 7, 8, 16 LPGA; 28 al. 2, 69 al. 1 let. a LAI; 93 al. 1 let. a LPA-VD

E n f a i t :

A. A._____, née le 5 mai 1949, a déposé, le 5 décembre 2006, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à l'octroi d'une rente. Elle invoquait, comme atteinte à la santé, un état dépressif. Elle n'exerçait alors plus d'activité professionnelle, après avoir été licenciée par son employeur P._____, pour cause de restructuration de l'entreprise.

B. A._____ avait par ailleurs demandé des prestations à l'assureur perte de gain la Q._____. Dans ce cadre, une expertise médicale a été confiée au Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie. L'expert a déposé son rapport le 19 février 2007. Dans l'introduction de la partie "*discussion*", il écrit que l'intéressée est une femme "*qui a un parcours professionnel très riche et engagé derrière elle et qui se trouve assez brutalement licenciée en 2006*", cet événement ayant pris une "*dimension existentielle*", qui l'a perturbée. Les chapitres finals du rapport d'expertise - destiné au médecin-conseil de la Q._____ - ont la teneur suivante:

"VIII. Diagnostic et conclusions :

Avec l'ensemble de nos analyses, nous retenons au stade actuel la notion diagnostique de

- ***Troubles de l'adaptation, avec réactions anxieuses et dépressives mixtes en décours*** (F43.22 selon La Classification internationale des maladies en vigueur, CIM-10).
- ***Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme*** (F45.3, CIM-10).

Au stade actuel, les perturbations purement psychiatriques sont d'une intensité légère à au maximum moyenne et l'assurée peut en principe disposer de ses capacités et acquis antérieurs; elle est (contrairement à ses propres convictions) ni détruite ni anéantie ou à considérer comme une véritable <<malade psychiatrique>>.

Nous avons ouvertement parlé de nos impressions à l'assurée et transmis notre analyse. Nous avons également formulé qu'il serait impératif de reprendre pied dans la réalité. Autrement dit, l'approche purement psychothérapeutique nous paraît insuffisante; il est nécessaire de l'accompagner avec des démarches comportementales.

A ce titre, nous avons expliqué à Madame A. _____ que, dans un premier temps, l'inscription au chômage est une reconnaissance de la réalité sociale, met l'assurée dans l'exercice de contact et qu'elle devrait le plus rapidement possible s'engager dans une activité régulière, même à petite échelle, même à titre bénévole. Il nous paraît dès lors important que les thérapeutes qui suivent l'assurée puissent tenir un discours sur la même longueur d'ondes et soutenir l'assurée dans cette démarche nécessaire. Au stade actuel, il serait contre-thérapeutique de soutenir l'assurée dans ses propres convictions.

Toujours sur le plan médicothéorique, nous pensons ainsi qu'une reprise de 50 % est possible dès réception de votre décision, deux mois après avec une aptitude entière.

IX. Réponses aux questions :

(...)

5. Traitement(s) en cours susceptibles d'améliorer l'état actuel ?

Réponse : Il y a actuellement un traitement en cours qui est susceptible d'améliorer l'état de l'assurée et elle a déjà bénéficié de cette approche. Sur le plan médicamenteux, les benzodiazépines sont encore nécessaires, mais leur prescription devrait viser une prise occasionnelle. La substance <<Tranxilium>> est de longue durée et ne favorise pas l'activité. Selon nos expériences, une substance somme <<Seropram>> (ou ses génériques) a davantage d'effet stabilisant que le <<Ciprallex>>. Eventuellement, une substance activante (par exemple Efexor) pourrait aussi être indiquée.

De toute façon, la poursuite d'un suivi est nécessaire, accompagné d'instructions et d'encouragements comportementaux.

(...)

7. Dans quelle mesure l'assurée est-elle capable de travailler dans sa profession, respectivement chez un autre employeur ?

Réponse : D'un point de vue médicothéorique, une capacité de 50 % existe dès maintenant, deux mois après à hauteur de 100 %. Toutes les activités accessibles avec la formation et les expériences de l'assurée sont imaginables. Dans la mesure où l'assurée a dépassé son <<autoblocage>>, le pronostic est bon."

Le traitement psychiatrique mentionné dans le rapport d'expertise était assuré par la policlinique psychiatrique du secteur psychiatrique de l'Est vaudois.

C. La demande de prestations AI a été traitée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI). Cet office a demandé un rapport médical au Dr N._____, psychiatre FMH et médecin traitant de l'assurée depuis le 5 mars 2007. Dans un rapport du 4 mai 2007, ce médecin a posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur récurrent en rémission partielle, gravité actuelle légère, avec symptômes somatiques, de trouble panique avec agoraphobie en rémission partielle et de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques. Selon lui, il n'était pas exclu que l'assurée puisse encore bénéficier, sur le plan médico-théorique, d'une capacité de travail dans l'avenir, mais il était trop tôt pour se prononcer avec précision.

Le Service médical régional AI (SMR) a été invité à se prononcer. Son rapport du 7 novembre 2007 ("*rapport d'examen*", sans examen clinique - signé par le Dr W._____), a la teneur suivante :

"Problème :

Etat dépressivo-anxieux réactionnel à son licenciement.

Expertise psychiatrique Dr G._____ pour Q._____
19/02/2007

Diagnostics :

- *Trouble de l'adaptation avec réactions anxieuses et dépressives mixtes en décours F43.22*
- *Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme F45.3*

Capacité de travail :

- 0% du 01/12/2004 au 03/04/2006
- 0% du 15/05/2006 au 19/02/2007
- 50% du 20/02/2007 au 19/04/2007
- 100% depuis le 20/04/2007

La capacité de travail est entière dans la profession antérieure depuis le 20/04/2007.

Le Dr N. _____ dans son RM du 4 mai 2007 ne rapporte (pas) de fait nouveau depuis l'expertise du Dr G. _____ et atteste un état de santé stationnaire. Son appréciation différente de la capacité de travail de l'assurée est compréhensible comme psychiatre traitant de l'assurée."

D. a) Par projet de décision du 27 novembre 2007, l'OAI s'est prononcé dans le sens d'un refus des prestations AI en retenant que, dès le 20 avril 2007, c'est-à-dire à l'échéance du délai de carence d'une année, la capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité lucrative.

b) L'assurée, par l'intermédiaire de son avocat, a présenté des objections. Elle a notamment produit un avis écrit de son psychiatre, daté du 14 décembre 2007, selon lequel "*le maintien de l'incapacité de travail totale est justifié*", en raison de la "*persistance de troubles handicapants sur le plan physique et psychique*". Le Dr N. _____ avait joint à cet avis un rapport qu'il avait rédigé le 28 septembre 2007 à l'intention de la Q. _____, où il reprenait en substance les diagnostics et conclusions de son rapport du 4 mai 2007 destiné à l'Office AI. L'assurée a également produit un rapport du 9 novembre 2007 de la Dresse D. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, selon laquelle la capacité de travail était nulle.

c) Un nouvel avis a été demandé au SMR. Le 8 août 2008, le Dr W. _____ a écrit ce qui suit :

"Vous notez sur le mandat SMR que la nature du problème médical est <<Etat dépressif>> ce qui est inexact, le

diagnostic retenu étant trouble de l'adaptation avec réaction anxieuses et dépressive mixte F43.22 au sens de la CIM-10.

L'appréciation du Dr G. _____ dans son travail d'expertise de 2006, (...) était confirmée par la polyclinique de l'Est Vaudois en mars 2007, le Dr [...] estimant aussi que le trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte F43.22 diagnostic était sans répercussion sur la capacité de travail.

Le Dr D. _____ médecine interne-rhumatologie écrit le 09.11.2007 que l'incapacité de travail est motivée par un trouble dépressif et anxieux avec épisode actuel sévère. Aucune atteinte à la santé somatique n'est annoncée comme justifiant une IT durable. Le lieu du débat asséculo-logique est limité à l'état de santé psychique de l'assurée ce que nul ne semble discuter. Le Dr G. _____ semble avoir été interpellé par le Dr [...] Q. _____, il lui répond par un courrier en date du 24.10.2007 qui est circonstancié, précis et avec souci du détail. Il n'y a (pas) lieu de s'écarter de ces conclusions.

Il n'y a pas de fait nouveau depuis le rapport SMR 07.11.2007."

Le courrier du Dr G. _____ auquel il est fait référence est une prise de position de ce médecin, qui justifie les conclusions de son rapport d'expertise après avoir lu l'appréciation du Dr N. _____.

d) Le 25 novembre 2008, l'assurée a encore produit une lettre du Dr N. _____ du 13 novembre 2008. Ce médecin évoquait une détérioration de l'état de sa patiente et il concluait ainsi :

"Tenant compte de l'âge de la patiente (59 ans), de la chronicité du tableau et de la comorbidité s'étayant sur un trouble de la personnalité décompensé, le pronostic quant à la possibilité d'une reprise du travail ou d'une reconversion professionnelle est sombre."

Le 3 septembre 2009, le Dr W. _____ a rédigé l'avis médical SMR suivant :

"Le Dr G. _____ a pris connaissance du courrier du Dr N. _____ et il maintient ses conclusions. En l'absence de faits nouveaux, nous ne pouvons pas nous écarter de l'exigibilité telle qu'appréciée par le Dr G. _____. Les diagnostics présentés le 28 septembre 2007 par le Dr N. _____ à

Q._____ n'ont pas été modifiés. Nous maintenons notre position."

e) L'OAI a rendu sa décision formelle le 16 décembre 2009, en rejetant la demande de prestations avec la même motivation que celle formulée dans le préavis du 27 novembre 2007. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a mentionné les rapports médicaux figurant au dossier et relevé les appréciations différentes des Drs G._____ et N._____. L'OAI a considéré qu'en l'absence de tout fait nouveau, il fallait se fonder sur l'expertise qui donnait une description clinique détaillée et une explication convaincante à l'absence d'incapacité de travail.

E. Le 1^{er} février 2010, A._____ a recouru au Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI. Elle a conclu, à titre principal, à la réforme de cette décision en ce sens qu'elle a droit aux prestations de l'AI dès le 1^{er} décembre 2006, dans une mesure fixée à dire de justice. A titre subsidiaire, elle a conclu à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

La recourante relève qu'elle n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis le 1^{er} mai 2006 et que son état de santé ne lui permettrait pas de faire face à la reprise d'un travail à l'heure actuelle. Elle considère que l'OAI ne pouvait donner la priorité à l'expertise du Dr G._____ par rapport aux autres avis médicaux figurant au dossier. Elle estime en effet que ce médecin, en tant que mandataire de la Q._____, se devait "*d'apporter une appréciation restrictive*". La recourante conteste également le fait que les médecins du SMR ne l'aient pas examinée, alors que l'expertise du Dr G._____ datait du début de l'année 2007.

La recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Elle produit trois nouveaux rapports médicaux, du Dr N._____ (12 janvier 2010), de la Dresse D._____ (du 26 janvier 2010) et du Dr K._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (2 février

2010). Le Dr N._____ a écrit notamment : "*l'expertise du Dr Schroeter du mois de février 2007 et celle de la policlinique psychiatrique de mars 2007 ne correspondent pas à l'actualité clinique invalidante observée depuis longtemps par les médecins traitants*".

Dans sa réponse du 12 avril 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. Il a produit un avis médical du SMR du 10 mars 2010 des Drs W._____ et M._____, selon lesquels, sur la base des nouveaux rapports médicaux produits par la recourante, il n'y avait ni fait nouveau ni modification de l'état de santé.

La recourante s'est déterminée au sujet de la réponse par écriture du 11 mai 2010. Elle maintient ses conclusions et sa requête d'expertise. Elle produit un rapport d'une neurologue FMH, la Dresse S._____ (rapport du 9 mars 2010).

E n d r o i t :

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 en matière d'AI (art. 1^{er} LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] et art. 2 LPGA), sous réserve d'exceptions prévues dans la loi. En matière de contentieux, l'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 (procédure d'opposition) et 58 (compétence du tribunal du canton de domicile de l'assuré) LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné, dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision querellée émanant de l'OAI pour le canton de Vaud, elle est donc directement sujette à recours auprès de la juridiction vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Le recours, déposé en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. La recourante critique l'appréciation de son état de santé, sur le plan psychiatrique, en faisant valoir qu'aucun médecin de l'AI (du SMR) ne l'a examinée, et que l'avis du Dr G._____, expert d'une autre assurance, se fonde sur des examens qui n'ont été ni actualisés ni renouvelés depuis le début de l'année 2007. Elle ajoute que les diagnostics et analyses de son médecin traitant, le Dr N._____, sur la base d'un suivi s'étendant sur près de trois ans, paraissent plus complets que ceux du Dr G._____. L'avis du Dr N._____, corroboré par celui d'autres médecins traitants, retient une incapacité de travail complète et durable.

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité. Pour évaluer le degré d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Les organes d'application de la législation fédérale doivent se fonder sur des documents médicaux. La

tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion 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 (cf. notamment ATF 125 V 261 c. 4).

Dans ce contexte, la jurisprudence relève la divergence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 c. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 c. 2.2.1 et les réf. citées) : on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_204/2007 du 16 avril 2008 c. 2.3).

b) En l'espèce, l'expertise sur laquelle l'OAI s'est fondé n'a pas été ordonnée dans le cadre de la procédure administrative ouverte ensuite de la demande de prestations du 5 décembre 2006 de la recourante. Cette expertise a été mise en œuvre par un autre assureur. Le Dr G. _____ a examiné A. _____ environ trois ans avant que ne soit rendue la décision attaquée; à ce moment-là, le licenciement, qualifié de brutal par l'expert, était encore récent et la situation n'était pas présentée comme stabilisée; l'expert avait encouragé l'intéressée à s'engager dans une activité régulière et à poursuivre le traitement. Le Dr G. _____ n'a plus, ensuite, été invité à apprécier l'évolution de l'état de santé de la recourante.

De son côté, le psychiatre traitant de la recourante, qui la suit depuis le mois de mars 2007, se prononce avec constance dans le sens d'une incapacité de travail. D'autres médecins traitants, certes non spécialistes en psychiatrie, font une appréciation analogue. Le SMR n'a jamais, durant les trois ans qu'a duré la procédure administrative, examiné la recourante; aucun expert indépendant n'a été invité par

l'Office AI à apprécier la situation (cf. art. 44 LPGGA). En dépit des avis des médecins traitants, non contradictoires entre eux, l'OAI s'est borné, à chaque étape de la procédure, à se référer à l'expertise du Dr G._____. Lorsqu'il a rendu sa décision en décembre 2009, cet office ne disposait pas d'un avis d'expert psychiatre actualisé, analysant de manière claire et complète la situation de la recourante après plusieurs années d'arrêt de travail et de traitement psychiatrique. En d'autres termes, l'office intimé a rendu une décision sans disposer d'éléments médicaux suffisamment probants, étant rappelé que les avis des médecins traitants ne peuvent pas, lorsqu'ils sont en contradiction avec un avis d'expert (en l'occurrence un avis non actualisé), être considérés d'emblée comme probants. Les règles du droit fédéral sur l'appréciation des preuves ont donc été violées dans le cas particulier.

Il en découle que les griefs de la recourante, en tant qu'elle se plaint d'une appréciation lacunaire de son état de santé, sont fondés.

c) Il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire dans le cadre de la présente procédure de recours. Il est plus expédient de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique indépendante, conformément à l'art. 44 LPGGA. Cet organe administratif pourra ainsi également, le cas échéant, tenir compte d'autres éléments nouveaux, afin qu'une appréciation globale de la situation de la recourante puisse être effectuée. Il importe que l'expertise psychiatrique soit ordonnée sans retard, vu la durée déjà longue de la procédure depuis le dépôt de la demande de prestations.

Il s'ensuit que la décision attaquée doit être annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants ci-dessus.

3. Le présent arrêt doit être rendu sans frais. La recourante, assistée d'un avocat, a droit à des dépens à la charge de l'Office AI (art. 61 let. g LPGGA, 55 et 91 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision attaquée rendue le 16 décembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à payer à la recourante A. _____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Christian Favre (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :