

VD_FINDINFO AI 239/10 - 71/2012 vom 24. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_239_10_-_71_2012

FR: VD_FINDINFO AI 239/10 - 71/2012 du 24 février 2012

IT: VD_FINDINFO AI 239/10 - 71/2012 del 24 febbraio 2012

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{DÉCISION}, FORCE PROBANTE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ASSISTANCE JUDICIAIRE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES | 1 LAI, 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 69 al. 1bis LAI, 17 LPGA, 43 LPGA, 6 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. b LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 2 al. 1 let. c LPA-VD, 49 al. 1 LPA-VD

Erwägungen

E. 1

LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. 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.

E. 2

Le litige a pour objet la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision d'octroi de rente confirmée par décision sur opposition rendue le 23 novembre 2006 et par jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 17 mars 2008.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 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 s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; TF I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve: il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TF I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, 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 (ATF 124 1170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009, consid. 3.3 et 8C_936/2008 du 7 juillet 2009, consid. 6). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3, 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4 et 8C_183/2007 du 19 juin 2008, consid. 3). c) Aux termes de l'art. 17 LPGa, 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 (aI. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGa. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits

pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d’indices d’une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l’époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1). Il n’y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/2004 du 25 septembre 2006, consid. 5.1 et I 406/2005 du 13 juillet 2006, consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l’art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/2004 du 25 septembre 2006, consid. 5.1 et I 406/2005 du 13 juillet 2006, consid. 4.1, les deux avec références citées). d) Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les réf. citées), les troubles somatoformes douloureux n’entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu’il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d’apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d’une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d’un processus malade s’étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d’une perte d’intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d’un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d’un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l’échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l’art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l’attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l’exigibilité d’un effort de volonté (ATF I 506/2004 du 22 février 2006). Enfin, on conclura à l’absence d’une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d’assurance, si les limitations liées à l’exercice d’une activité résultent d’une exagération des symptômes ou d’une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l’allégation d’intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l’absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l’anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l’expert, ainsi que l’allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact).

E. 4

En l’espèce, à la suite de la procédure de révision engagée, l’office intimé a complété l’instruction du dossier de la recourante sous l’angle médical. a) Au plan somatique, après avoir pris connaissance des résultats de l’examen IRM du 1^{er} juillet 2008 du Dr V. _____ ainsi que des conclusions du rapport du 19 août 2008 du Dr H. _____, l’intimé a confié la réalisation d’une expertise médicale au Dr K. _____.

Consécutivement à une analyse de l'ensemble des pièces médicales mises à sa disposition ainsi qu'à un examen clinique de la recourante, le Dr K. _____ a rendu son rapport d'expertise le 9 juin 2009. Il conclut que la situation peut être considérée comme inchangée par rapport à 2003 et 2006. Contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr K. _____ a pris en compte les derniers examens d'imagerie effectués en juillet 2008 par le Dr V. _____ et les a discutés. Il a ainsi repris les constatations y figurant et a observé que l'IRM lombaire ne mettait pas en évidence de hernie discale significative et que l'IRM cervicale permettait d'exclure une pathologie potentiellement responsable d'une compression radiculaire. Cet expert a également tenu compte du rapport du Dr H. _____ du 19 août 2008 dans lequel ce praticien observe que la patiente signale «qu'aucune reprise d'une activité lucrative n'est envisageable» (cf. rapport d'expertise médicale du 9 juin 2009 p. 9). Dans ses diagnostics, le Dr K. _____ a en particulier retenu les cervicalgies et lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs. A l'aune de ces éléments la Cour considère que le rapport d'expertise du 9 juin 2009 du Dr K. _____ se base sur des examens cliniques, sur une étude complète et fouillée des pièces du dossier, sur une anamnèse rigoureuse et prend en compte les plaintes de l'assurée. Les diagnostics posés sont clairs et établis selon la classification ICD-10. La discussion du cas est présentée de manière systématique en mentionnant les autres avis médicaux figurant au dossier. Ce rapport d'expertise emporte ainsi pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 3b supra, si bien qu'il convient de retenir que l'état de la recourante ne s'est pas péjoré au plan somatique. b) Au plan psychiatrique, le Dr K. _____ a constaté qu'au vu du handicap formulé par la recourante, les limitations fonctionnelles sur le plan psychique et mental étaient probablement sous-évaluées et devraient être réévaluées. L'intimé – suivant en ce sens l'appréciation des médecins du SMR émise le 9 juillet 2009 – a alors mandaté le CEMed pour la réalisation d'une expertise psychiatrique de la recourante. Au terme de son rapport d'expertise du 8 janvier 2010, le Dr A. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a estimé que la recourante présente un trouble somatoforme (probablement depuis 2003) accompagné depuis 2007 d'un épisode dépressif avec syndrome somatique dont l'intensité est actuellement légère, les diagnostics étant toutefois sans répercussion sur la capacité de travail, demeurant entière au plan psychiatrique. En effet, le trouble somatoforme ne survient pas dans un processus maladif ou d'affections chroniques durables, il n'est pas associé à une comorbidité psychiatrique grave, il n'y a pas d'état psychique cristallisé ni de perte d'intégration sociale. Cela étant, la recourante soutient que le rapport d'expertise psychiatrique du 8 janvier 2010 du Dr A. _____ est «inutilisable». Elle avance que dans son analyse l'expert précité n'a pas du tout pris en considération la composante somatique. A suivre la recourante, cette expertise psychiatrique ne ferait pas mention de ses problèmes cervicaux et lombaires. Elle déplore à ce propos que les discopathies attestées par IRM de juillet 2008 n'aient pas fait l'objet d'un examen clinique par les experts du CEMed. Ainsi que cela ressort de l'expertise psychiatrique précitée, le Dr A. _____ s'est notamment fondé dans son analyse du dossier sur le rapport du 19 août 2008 du Dr H. _____. S'agissant des atteintes somatiques, l'expert se réfère dans la discussion du cas aux constatations résultant de l'examen clinique bidisciplinaire SMR du 3 décembre 2003, à l'expertise médicale de la CRR de 2006 ainsi qu'au résultat de l'expertise de juin 2009 du Dr K. _____ (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 8 janvier 2010 p. 11), lequel, ainsi qu'on l'a vu, a tenu compte des rapports d'IRM du Dr V. _____ du 1^{er} juillet 2008. Ainsi le Dr A. _____ relève sur la base des constatations de l'expertise de juin 2009 du Dr K. _____ que depuis 2001,

des plaintes physiques (douleurs multiples et faiblesse) sont apparues dont les substrats organiques modérés ne suffisent pas à expliquer les plaintes. Dans ces circonstances, il appert que l'expert du CEMed a suffisamment pris en compte la composante somatique à l'occasion de son examen psychiatrique. Pour le surplus, établie suite à un examen clinique du 30 septembre 2009, basée sur la totalité des pièces médicales remises à l'expert, tenant compte des plaintes subjectives et comportant une synthèse et discussion détaillée et scientifique des observations réalisées, cette expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. c) Les courriers du Dr R. _____ des 19 janvier et 24 mars 2010 adressés au Dr H. _____ se rapportent exclusivement à une intervention (pose de bloc facettaire C5-C6) réalisée afin de soulager les douleurs. Ce geste clinique n'a eu qu'un effet de brève durée, la pose future d'un bloc lombaire étant alors évoquée. Contrairement à ce que semble en inférer la recourante, si son état de santé n'a certes pas pu être amélioré par ce biais, il n'est pas pour autant possible d'en déduire une péjoration. Il convient dès lors de constater, avec le SMR (cf. avis médical SMR du 9 septembre 2010), que l'état clinique de la recourante ne s'est pas significativement modifié depuis l'expertise du Dr K. _____. d) Ainsi avec l'expert K. _____, on retiendra que la situation peut être considérée comme inchangée par rapport à 2003 et 2006. D'autre part, avec l'expert A. _____ du CEMed, on retiendra que la recourante présente un trouble somatoforme (probablement depuis 2003) accompagné depuis 2007 d'un épisode dépressif avec syndrome somatique dont l'intensité est actuellement légère, sans qu'il n'existe aucune invalidité de nature psychiatrique. La décision attaquée retient ainsi avec raison que l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé dans une proportion telle que le droit à la rente allouée jusqu'ici s'en trouverait changé. e) L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de procéder à un complément sous la forme d'une expertise neutre pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique), de sorte que la requête formulée dans ce sens par la recourante doit être rejetée par une appréciation anticipée des preuves. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

E. 5

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) La procédure est onéreuse; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. Cela

étant, l'indemnité d'office du conseil de la recourante a d'ores et déjà été arrêtée. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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