

VD_FINDINFO AI 265/10 - 82/2011 vom 8. Februar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-02-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_265_10_-_82_2011

FR: VD_FINDINFO AI 265/10 - 82/2011 du 8 février 2011

IT: VD_FINDINFO AI 265/10 - 82/2011 del 8 febbraio 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 17 al. 1 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 3 RAI, 87 al. 4 RAI

Erwägungen

E. 3

a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (qui reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA), lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351, 125 V 368 consid. 2 et la référence citée). b) 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 er 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. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009,

consid. 2.1). 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. 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). Selon la jurisprudence, 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et 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 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.). d) En l'espèce, la première demande de prestations AI déposée par l'assurée avait été rejetée par décision sur opposition rendue le 6 juin 2006 par l'OAI Fribourg, contre laquelle l'assurée avait recouru en vain auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal administratif du canton de Fribourg puis auprès du Tribunal fédéral ; cette décision reposait en particulier sur une expertise psychiatrique indépendante du Dr C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dont il ressortait que l'assurée ne présentait pas de troubles psychiques invalidants au sens de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (cf. lettres A.b à A.c supra). Il convient dès lors d'examiner si un changement important s'est produit, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision sur opposition de l'OAI Fribourg du 6 juin 2006 avec les circonstances régnant à l'époque de la décision de l'OAI Vaud du 2 juillet 2010 présentement attaquée (cf. consid. 3a supra). e) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations, la recourante a produit le 15 juin 2009 un rapport médical établi le 6 avril 2009 Dr Q. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que les réponses apportées par ce praticien dans un courrier du 25 mai 2009 aux questions posées par son conseil dans un courrier du 15 avril 2009 (cf. lettres B.b

et B.c supra). Il en ressort que la recourante a été suivie par ce praticien depuis le 3 février 2009, soit quelques jours après sa nouvelle demande de prestations du 28 janvier 2009. L'appréciation du Dr Q._____ selon laquelle la recourante serait inapte au travail à 100% repose quasi exclusivement sur les déclarations de l'assurée et de son compagnon, le status psychiatrique n'étant pas décrit. Par ailleurs, tous les diagnostics mentionnés par le Dr Q._____ seraient apparus entre l'âge 19-20 et celui de 26-28 ans, soit bien antérieurement à la décision sur opposition du 6 juin 2006, de sorte que l'avis au demeurant peu étayé de ce praticien ne constitue qu'une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée et ne permet pas de retenir une modification de l'invalidité depuis la décision sur opposition du 6 juin 2006, laquelle reposait sur une expertise psychiatrique indépendante du Dr C._____ qui n'a pas retenu de troubles psychiques incapacitants. Dans le cadre de sa contestation du projet de décision du 1^{er} septembre 2009, la recourante a encore produit un rapport médical rédigé en allemand le 27 février 2009 par le Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...], ainsi qu'un rapport médical du Dr J._____, spécialiste FMH en médecine générale à [...], du 9 mars 2009 (cf. lettre C.b supra), qui ont conduit l'OAI à considérer qu'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante n'était pas exclue depuis 2005. Afin de déterminer si une telle aggravation s'était effectivement produite, la recourante a été convoquée au SMR pour un examen clinique psychiatrique, qui a été effectué le 28 janvier 2010 par le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. lettre C.c supra). Le rapport de ce spécialiste, daté du 15 février 2010, répond à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit accordée (cf. consid. 3c supra). Il contient en effet une anamnèse détaillée, prend dûment en considération les plaintes de la recourante ainsi que les éléments objectifs (status psychiatrique), il décrit clairement le contexte médical et ses conclusions, à savoir que la recourante ne présente aucun trouble psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée, sont bien motivées et convaincantes. Le Dr D._____ explique en outre dûment les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions des médecins traitants de la recourante, qui ne sont ainsi pas de nature à remettre en cause les conclusions claires, parfaitement motivées et convaincantes du rapport d'examen clinique psychiatrique du 15 février 2010. f) Dans ces conditions, la cour de céans retient que l'état de santé de la recourante ne s'est pas aggravé, depuis la décision de refus de prestations rendue en 2006, de manière à influencer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Il s'ensuit que l'OAI aurait dû rejeter la demande de révision présentée par la recourante, plutôt que de rendre une décision de non-entrée en matière alors qu'il était de fait entré en matière sur la demande de révision en instruisant le dossier ensuite de la contestation par la recourante du projet de décision du 1^{er} septembre 2009 (cf. consid. 2b supra).

E. 4

Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée doit être réformée en ce sens que la demande de révision présentée le 28 janvier 2009 par la recourante est rejetée. Vu l'issue du litige, qui entraîne formellement l'admission partielle du recours, seul un émolument judiciaire réduit, qu'il y a lieu de fixer à 200 francs, sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque la recourante a procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'a donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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