

VD_FINDINFO AI 426/10 - 5/2012 vom 28. Oktober 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-10-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_426_10_-_5_2012

FR: VD_FINDINFO AI 426/10 - 5/2012 du 28 octobre 2011

IT: VD_FINDINFO AI 426/10 - 5/2012 del 28 ottobre 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 28 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 87 al. 3 RAI, 87 al. 4 RAI

Erwägungen

E. 1

a) Interjeté le 9 décembre 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours 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 (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

La recourante estime qu'une expertise pluridisciplinaire est indispensable pour déterminer son droit aux prestations, et déplore que l'office intimé lui refuse une rente d'invalidité à laquelle elle prétend avoir droit. 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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% donne droit à un quart de rente (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; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid.

E. 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

E. 3

a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; SVR 1996 IV no 70, p. 204, consid. 3a et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1). b) Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue.

Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose 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 la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108; 130 V 71 consid. 3.2).

E. 4

a) En l'espèce, par décision sur opposition du 16 novembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de la recourante. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante du 27 juin 2009. Il convient dès lors d'examiner si entre la décision du 16 novembre 2007 et celle du

E. 9

novembre 2010, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. b) Sur le plan somatique, la recourante ne présente pas, de l'avis de sa nouvelle médecin traitant, la Dresse V. _____, de nouveau diagnostic rhumatologique, mais une aggravation des troubles existants (rapport médical du 10 mars 2011). Or il est établi que cette médecin ne suit la recourante que depuis août 2010. Dans ces conditions, on voit mal qu'elle puisse attester d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente, d'autant plus que cette praticienne admet ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente de 2007 à août 2010. Dans son rapport médical du 13 octobre 2008 joint à la nouvelle demande de prestations de l'intéressée, le Dr M. _____ pose certes un certain nombre de diagnostics, mais il y a lieu d'observer que ces diagnostics ont déjà été retenus dans le cadre de l'instruction de la première demande (ainsi en va-t-il des lombalgies chroniques avec sciatalgies sur hernie discale opérée le 21 janvier 2002, des thrombopénie et leucopénie chronique sur probable syndrome myélodysplasique), ou sont traités (comme la maladie migraineuse, la gastrite chronique et le reflux gastro-œsophagien). Il n'est pour le surplus par contesté que la recourante a subi une intervention avec PTH le 19 mai 2009. A cet égard, le Dr M. _____ diagnostique dans son rapport médical du 8 septembre 2009 à l'OAI une coxarthrose droite avec PTH le 19 mai 2009. Le Dr X. _____ retient lui aussi un status après PTH droite le 19 mai 2009 avec douleurs résiduelles, notant cependant que le testing n'exacerbait pas la symptomatologie algique (rapport médical du 1^{er} novembre 2009 à l'OAI). S'agissant de la coxarthrose droite, la Dresse J. _____ observe qu'il s'agit bien d'une nouvelle atteinte, ayant justifié une incapacité de travail dans toute activité dès le 19 mai 2009, tout en relevant que la capacité de travail est à nouveau entière dans une activité adaptée dès le 23 mars 2010 (avis médical du 5 juillet 2010). Elle suit en cela l'avis du Dr Y. _____, selon lequel on pouvait s'attendre, d'un point de vue médical, à ce que la recourante reprenne une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2010 (avis médical du 23 mars 2010). Il ne peut ainsi être fait grief à l'office intimé de n'avoir tenu compte, comme le soutient la recourante, que de la coxarthrose et non des autres diagnostics posés. La Dresse V. _____ fait encore état dans son rapport médical du 10 mars 2011 d'une hypertension artérielle difficile à traiter. Il convient à cet égard de suivre l'appréciation du Dr Q. _____, selon laquelle une hypertension artérielle, même si elle est mal contrôlée, n'empêche pas le travail. Il en va de même s'agissant de l'insuffisance veineuse des membres inférieurs (avis médical du SMR du 11 avril 2011). Quant au diabète de type II, un traitement a débuté le concernant. Finalement, il convient de retenir qu'au plan somatique, il n'y a pas eu entre la dernière

décision de refus de rente et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité. c) Au plan psychiatrique, les médecins ne retiennent pas de diagnostics différents de ceux posés lors de la première demande de prestations. Ainsi le Dr M. _____ fait état dans son rapport médical du 8 septembre 2009 d'un état dépressif et d'un trouble somatoforme. Il retenait déjà dans son rapport médical à l'OAI du 14 janvier 2004 un trouble somatoforme douloureux, un trouble dépressif récurrent et une dysthymie. Le Dr S. _____ posait les mêmes diagnostics dans son rapport d'expertise psychiatrique du 19 novembre 2003. A la suite de l'examen clinique bidisciplinaire du 23 novembre 2005 auprès du SMR, les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant avec régression majeure (F45.4), de personnalité dépendante (F60.7), de difficultés liées à l'acculturation (Z60.3), d'expérience de catastrophe de guerre et d'autres hostilités (Z65.5), et de disparition et décès d'un membre de la famille (Z63.4) ont été posés, ces diagnostics étant toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. A cet égard, la recourante soutient qu'il n'était pas possible d'éluder la question d'un diagnostic de trouble de personnalité sur la base du seul facteur socio-culturel. Or le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 23 janvier 2006 motive de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles les diagnostics psychiatriques retenus sont sans répercussion sur la capacité de travail. On rappellera pour le surplus que la recourante n'a pas recouru contre la décision initiale de refus de rente du 16 novembre 2007, laquelle était notamment fondée sur le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 23 janvier 2006. Quant au suivi auprès du Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois dont se prévaut l'intéressée, il a été entrepris à compter du mois de janvier 2011 (rapport du Dr G. _____ du 6 juin 2011), soit à une date ultérieure à la décision attaquée. Or selon une jurisprudence constante, le juge examine la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 121 V 362 consid. 1b et les références). Il n'y a ainsi pas lieu d'en tenir compte dans le cadre de la présente affaire. Il ne se justifie dès lors pas de suspendre la procédure pour une durée de six mois ainsi que la recourante le requiert, pas plus que d'adresser une demande de renseignements complémentaires au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois. d) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans retient qu'il n'y a pas eu, entre la décision du 16 novembre 2007 et celle du 9 novembre 2010, de changement important des circonstances propres à influencer la capacité de travail. L'instruction du dossier permettant de statuer en toute connaissance de cause, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise pluridisciplinaire pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire, et il convient dès lors de rejeter la requête d'expertise pluridisciplinaire sollicitée par la recourante. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1). On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse, pouvant donner lieu à une nouvelle décision et le cas échéant à l'octroi d'une rente si les conditions en sont remplies. 5. a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux 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. La comparaison des revenus s'effectue en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 2a et 2b). b) En l'espèce, l'intéressée est sans activité lucrative et ne reçoit plus de gain régulier depuis 2003. Dans ces circonstances, il ne peut être fait grief à l'office intimé d'avoir déterminé les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TFA I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). c) La recourante conteste l'abattement opéré par l'OAI sur le salaire avec invalidité. A son avis, seul un abattement de l'ordre de 20 à 25% aurait dû pouvoir entrer en considération. Selon la jurisprudence (ATF 137 V 71), le point de savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières (liées au handicap de la personne ou à d'autres facteurs) est une question de droit qui peut être examinée librement par le Tribunal fédéral. En revanche, l'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ("Ermessensüberschreitung") ou négatif ("Ermessensunterschreitung") de son pouvoir d'appréciation ou a abusé ("Ermessensmissbrauch") de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est en revanche pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative ("Angemessenheitskontrolle"). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle de l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6). Il découle de ce qui précède que la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25% [ATF 126 V 75]) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration. En l'occurrence, et dès lors que tant le revenu sans invalidité que celui avec invalidité ont été déterminés sur la base de l'ESS, les facteurs de réduction autres que les limitations fonctionnelles liées au handicap et le taux d'occupation (âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour) ont une influence identique sur les revenus avec et sans invalidité. Dans ces conditions, l'abattement de 10% retenu par l'office intimé ne prête pas le flanc à la critique. Cela étant, même s'il avait procédé à l'abattement maximum de 25% sur le revenu d'invalidité (cf. ATF 126 V 75 consid. 5), le droit à la rente

n'aurait pas été ouvert. d) Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le Tribunal fédéral a par ailleurs admis qu'il y a lieu dans la comparaison des revenus de tenir compte du fait qu'un assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier), lorsque les circonstances ne permettent pas de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Il a précisé que le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel dans la branche; ce revenu peut, si les autres conditions sont réalisées, justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5% (ATF 135 V 297). En l'occurrence, l'argumentation de la recourante relative au revenu nettement inférieur à la moyenne n'est pas pertinente, dès lors que le revenu sans invalidité a été évalué sur la base de l'ESS. 6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Celle-ci ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ils seront toutefois provisoirement supportés par l'Etat. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque 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.