

VD_FINDINFO AI 63/09 - 52/2010 vom 11. Februar 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-02-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_63_09_-_52_2010

FR: VD_FINDINFO AI 63/09 - 52/2010 du 11 février 2010

IT: VD_FINDINFO AI 63/09 - 52/2010 del 11 febbraio 2010

Regeste

RECONSIDÉRATION, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, FORCE PROBANTE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 1 LAI, 41 LAI, 57a LAI, 69 al. 1bis LAI, 17 al. 1 LPGA, 58 LPGA, 60 al. 1 LPGA, 61 let. a LPGA, 61 let. g LPGA, 87 al. 3 RAI, 87 al. 4 RAI, 2 LPA-VD, 49 LPA-VD, 55 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD

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. Conformément à l'art. 87 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies. Cela signifie que la nouvelle demande doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En d'autres termes, le fardeau de la preuve (ou de la démonstration du caractère plausible) est à la charge de l'assuré. Ainsi, il n'incombe pas dans cette situation à l'OAI, ni du reste au Tribunal cantonal, d'examiner d'office, en requérant des avis médicaux, si l'état de santé s'est aggravé. Il faut d'autant plus exiger de l'assuré qu'il rende plausible cette modification ou aggravation lorsqu'il présente sa nouvelle demande peu après l'entrée en force de la décision de refus de prestations (ATF 130 V 64). L'art. 87 al. 4 RAI a pour but de permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, 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 pertinents (cf. ATF 133 V 108, consid. 4.2; 130 V 64, consid. 5.2.3, 117 V 198, consid. 4b; 109 V 108, consid. 2a; TFA I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 2). Ainsi, 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 (TFA I 597/05 du 8 janvier 2007; TFA I 187/05 du 11 mai 2006, consid. 1.1; TFA I 600/05 du 29 novembre 2006, consid. 4; ATF 109 V 108, consid. 2b). 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). Il en va de même d'une modification peu importante des données statistiques de caractère général (ATF 133 V 545). 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; 130 V 343, consid. 3.5.2; 125 V 368, consid. 2, et la référence citée). b) Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195, consid. 2; 122 V 158, consid. 1a, et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64, consid. 5.2.5; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.2; TFA I 67/02 du 2 décembre 2002, consid. 4). c) Le juge des assurances sociales 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. Lorsque 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). S'agissant des constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2 e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

E. 4

février 2005, seules celle du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie et chirurgie viscérale (7 juin 2005), et celle de la Dresse Q. _____ de l'Hôpital orthopédique du CHUV (20 décembre 2006) correspondent à des rapports médicaux en bonne et due forme. Ces rapports retiennent les diagnostics pertinents suivants: - Récidive de varices symptomatiques des deux MI; - Dorso-lombalgies chroniques; - Syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur; - Etat anxio-dépressif et troubles somatoformes; - Obésité; et - Status post-plusieurs interventions pour varices au niveau des MI. Les Drs G. _____ et Q. _____ ainsi que la recourante et les autres médecins consultés par cette dernière ne précisent ni ne motivent si et, le cas échéant, dans quelle mesure ces diagnostics ont une répercussion négative sur la capacité de travail ni en quoi ils démontreraient une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis février 2005. Dans ces circonstances, leur opinion n'emporte pas force probante (cf. consid. 3c supra). Au demeurant, ces diagnostics se recoupent avec ceux posés avant que la première décision ne soit rendue, notamment avec ceux posés par le Dr P. _____ dans son rapport du 21 janvier 2002. Dans ces circonstances, il convient de retenir, la recourante n'ayant pu démontrer le contraire, que, sur le plan somatique, l'état de santé de cette dernière n'a pas évolué, du moins ne s'est pas aggravé dans une mesure nécessaire pour satisfaire les conditions d'une reconsidération au sens de la LAI (cf. consid. 3a supra). S'agissant du volet psychiatrique, la recourante n'a pas produit de pièces médicales permettant d'invalider le rapport SMR réalisé par la Dresse E. _____. Sur ce point, le seul rapport établi par un psychiatre FMH est celui du Dr S. _____. Or, ce dernier ne fait que rappeler un état de faits antérieur à la décision du 4 février 2005, confirmée par arrêt du Tribunal fédéral et qui retient une capacité totale de travail dans une activité adaptée. S'agissant en particulier d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, il renvoie à l'opinion des Drs J. _____ et Q. _____. Or, ce domaine échappe au champ de spécialisation de ces médecins. Au demeurant, à l'instar de ces derniers, le Dr S. _____ ne motive pas en quoi un trouble psychique constituerait une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis février 2005, de sorte que son rapport ne satisfait pas les conditions jurisprudentielles relatives à la force probante. En tout état de cause, conformément à la jurisprudence, l'avis des médecins consultés doit en principe être admis avec réserve (cf. consid. 3c supra). Il convient ainsi de retenir qu'également sur le plan psychique, l'état de la recourante est demeuré inchangé, du moins ne s'est pas aggravé dans une mesure telle qu'un atteinte psychique invalidante au sens de la LAI, notamment un trouble somatoforme douloureux - dont le caractère invalidant n'est par ailleurs retenu que restrictivement (cf. en particulier ATF 132 V 65; 131 V 49; 130 V 352; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009) -, puisse être reconnue.

E. 5

En définitive, une aggravation de l'état de santé au sens de la LAI n'a su être démontrée par la recourante conformément aux exigences posées par la jurisprudence, de sorte que, mal fondé, son recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. 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 1000 fr. (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 être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). En outre, il n'y a pas lieu dans ces circonstances d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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