

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 940 vom 1. Juli 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-07-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2010\\_\\_940](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2010__940)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 940 du 1 juillet 2010

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2010 / 940 del 1 luglio 2010

### **Regeste**

RENTE D'INVALIDITÉ, FIBROMYALGIE, AFFECTION PSYCHIQUE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

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 er 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. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2; TF 9C\_350/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.1). 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (art. 17 ss LAI), le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à de telles prestations est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2; TF 8C\_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4). b) 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 et les autres références citées). 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. 2c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). 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). c) 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/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). 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 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\_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les 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; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C\_183/2007 du 19 juin 2008 consid. 3). d) 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 (al. 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; 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; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 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 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

#### **E. 4**

a) En l'espèce, est litigieux le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, prestations qui lui ont été refusées par l'OAI dans sa décision du 25 août 2008. L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI (art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]) déposée par l'assurée le 12 juin 2006. Il s'agit donc d'examiner si le refus de prestations est justifié, plus particulièrement s'il n'y a pas eu, dans le cadre d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), de modification de l'état de santé par rapport à la décision du 21 octobre 2002, confirmée par jugement du 6 octobre 2004 du Tribunal des assurances, justifiant une modification de la capacité de travail et du degré d'invalidité au sens des dispositions légales. Au vu des rapports médicaux en présence et compte tenu des motifs de la recourante, la problématique psychique de l'assurée doit être examinée. b) L'OAI a fait procéder à une expertise, en l'occurrence effectuée le 5 octobre 2007 par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Ce dernier retient comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail un épisode dépressif léger sans syndrome somatique, présent depuis environ 2000, en précisant que cet état dépressif est réactionnel à la symptomatologie physique et prend une allure chronique, dans la mesure où il dure depuis plus de deux ans sans période de rémission évidente. Dans l'appréciation du cas et les pronostics, l'expert indique que le tableau clinique psychiatrique est superposable à celui observé par le Dr M. \_\_\_\_\_ dans son expertise de 2002 (effectuée suite à la première demande de prestations AI, qui a fait l'objet de la décision du 21 octobre 2002), que l'intensité de l'état dépressif est légère et ne peut à elle seule justifier d'arrêt de travail, cet état dépressif semblant réactionnel aux symptômes physiques et prenant une allure chronique. Le Dr H. \_\_\_\_\_ ajoute qu'il n'y a pas d'autre comorbidité psychiatrique au trouble dépressif, tel qu'un trouble de la personnalité ou un trouble anxieux, avant de conclure à l'absence d'invalidité sur le plan psychiatrique. Dans son avis médical du 2 novembre 2007, le SMR reprend les conclusions retenues par cet expert. Dans son rapport du 17 juillet 2008, contestant les conclusions de l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_ évoque un syndrome dépressif au minimum d'intensité moyenne, se basant sur une documentation scientifique ainsi que sur l'avis d'une consoeur psychiatre. Il retient qu'une dépression a des répercussions importantes sur la capacité de travail, que toutes les mesures thérapeutiques envisageables ont été tentées sans parvenir à diminuer la symptomatologie de manière significative et que l'assurée est notamment désespérée, souffre réellement et a des idées suicidaires. Le 19 décembre 2008, se référant à des entretiens les 1<sup>er</sup> et 9 décembre 2008, la Dresse P. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'épisode dépressif modéré à sévère, avec symptôme somatique; elle indique que l'assurée présente un syndrome douloureux chronique, accentué par un conflit familial, et que le tableau clinique semble s'être péjoré depuis la dernière expertise datant d'octobre 2007, au niveau du ressenti des douleurs et de l'état dépressif, se

référant à un trouble dépressif modéré à sévère, qui renforce encore l'intensité de la symptomatologie douloureuse. Dans son avis médical du 3 février 2009, le SMR fait valoir que le diagnostic d'épisode dépressif modéré (à sévère) avec symptôme somatique – retenu par la Dresse P. \_\_\_\_\_ – ne peut pas être retenu si l'on s'en tient aux critères de la CIM-10 et relève que seul un épisode dépressif léger peut être retenu, ce qui ne constitue pas une comorbidité psychiatrique séparée et ne saurait en soi justifier une incapacité de travail. Interpellé par le juge instructeur, l'expert H. \_\_\_\_\_ indique, dans ses lignes du 29 mars 2010, que l'état de santé de l'assurée semble effectivement s'être péjoré (entre octobre 2007 et décembre 2008), que l'intensité de l'état dépressif est modérée à sévère (en décembre 2008), que les activités de l'intéressée ont diminué sensiblement d'après le rapport de la Dresse P. \_\_\_\_\_ et qu'en décembre 2008 la capacité de travail de celle-ci devait être nulle. Ledit expert précise qu'il ne se base que sur le rapport du 19 décembre 2008 de la Dresse P. \_\_\_\_\_ et qu'il ne peut pas se prononcer sur l'état actuel de l'assurée, une convocation pour un entretien étant nécessaire afin d'évaluer son état de santé. c) Au vu de ce qui précède, on retiendra que, de l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_, l'assurée présente une aggravation de son état de santé entre octobre 2007 et décembre 2008, un épisode dépressif étant indiqué en décembre 2008 et la capacité de travail étant considérée comme nulle à ce moment. La présence en soi d'une aggravation récente de l'état de santé de l'intéressée n'est pas contestée au vu des rapports médicaux figurant au dossier, de sorte qu'elle peut être retenue. Autre est cependant la question de savoir à partir de quand, notamment par rapport à la décision du 25 août 2008, l'état de santé de l'assurée s'est aggravé. A ce sujet, on relèvera que, comme il l'admet lui-même, le Dr H. \_\_\_\_\_ ne se base dans son avis concrètement que sur le rapport du 19 décembre 2008 de la Dresse P. \_\_\_\_\_, laquelle a été consultée par l'assurée uniquement les 1<sup>er</sup> et 9 décembre 2008, soit postérieurement à la date de la décision attaquée. Le rapport de cette spécialiste, du 19 décembre 2008, ne permet du reste pas de mettre en évidence que l'état de santé s'est dégradé, précisément, antérieurement au 25 août 2008. Au vu des pièces médicales figurant au dossier, il n'est donc pas démontré que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychique est survenue avant le 25 août 2008, respectivement jusqu'à cette date. d) En outre, ainsi que l'a relevé l'OAI le 6 février 2009 ainsi que le SMR par avis médical du 3 février 2009, la Dresse P. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail, de sorte que l'incidence de la dégradation de l'état de santé de l'assurée sur son degré d'invalidité – qui permettrait le cas échéant de modifier son droit à des prestations de l'AI – n'est d'aucune façon établie. A cela s'ajoute que l'avis de cette spécialiste, en tant que psychiatre traitant, doit être apprécié avec les réserves d'usage. Dans son avis médical du 3 février 2009, se fondant notamment sur les critères de classification de la CIM-10, soit sur des critères pertinents et souvent utilisés dans la pratique asséculogique en matière d'assurance-invalidité (par exemple: TF 9C\_350/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.1), le SMR a au demeurant exposé les raisons pour lesquelles il s'écarterait des conclusions de la Dresse P. \_\_\_\_\_, avant de retenir expressément que la capacité de travail de l'assurée est entière sur le plan psychique. Il y a lieu d'ajouter que la Dresse P. \_\_\_\_\_ se base sur une anamnèse brève et des conclusions peu étayées, en particulier par comparaison d'avec l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_. e) Du reste, on ne saurait par ailleurs se fonder sur l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_, ce praticien étant médecin généraliste et non spécialisé en psychiatrie. Dans son rapport du 17 juillet 2008, il se fonde certes sur une documentation scientifique ainsi que sur l'avis d'un confrère psychiatre pour retenir un syndrome dépressif au minimum d'intensité moyenne, mais ses motivations, peu étayées et développées au regard notamment de l'expertise du Dr

H. \_\_\_\_\_, ne sauraient être déterminantes. On ajoutera que les arguments scientifiques sur lesquels se base le Dr S. \_\_\_\_\_ aboutissent à des conclusions différentes de celles retenues par le SMR, qui se fonde sur les critères de la CIM-10, soit sur un système de classification fréquemment appliqué dans le domaine de l'assurance-invalidité. Ceci dit, l'expertise du 5 octobre 2007 du Dr H. \_\_\_\_\_ comporte une anamnèse détaillée (en particulier familiale et personnelle), se base sur les plaintes de l'assurée ainsi que sur des examens approfondis sur le plan psychique (appréciation de la personnalité, signes de la lignée dépressive, anxieuse et psychotique) ainsi que sur une appréciation du cas claire et dûment étayée, avant de retenir des conclusions précises quant à la capacité de travail sur le plan psychique. Ce rapport remplit donc parfaitement les critères permettant de lui accorder une pleine valeur probante, de sorte qu'il est déterminant pour apprécier l'état de santé de l'assurée dans le cadre de sa demande de prestations déposée le 12 juin 2006.

#### **E. 5**

a) Dès lors, en suivant les conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_, qui ne sont pas contredites par les autres pièces médicales figurant au dossier jusqu'à la date déterminante de la décision attaquée (soit le 25 août 2008), on retiendra que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail du point de vue psychique. Sous l'angle d'une révision du droit aux prestations d'invalidité (art. 17 LPGA) par rapport à la décision du 21 octobre 2002, confirmée par jugement du 6 octobre 2004 du Tribunal des assurances, et dès lors que l'état de santé n'a parallèlement pas subi de modification importante du point de vue somatique, il n'y a donc pas eu de dégradation de l'état de santé psychique de l'assurée ayant une incidence sur sa capacité de travail et sur son degré d'invalidité. La recourante n'a ainsi pas droit à des prestations de l'AI. b) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. On précisera qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée survenue postérieurement à la date de la décision attaquée, qui n'a pas à être prise en compte dans la présente procédure, peut le cas échéant faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI (cf. consid. 2 ci-dessus).

#### **E. 6**

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 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (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.