

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 653 vom 22. Juni 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-06-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__653

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 653 du 22 juin 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 653 del 22 giugno 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, NOUVEAU MOYEN DE FAIT | 87 al. 3 RAI, 87 al. 4 RAI, 87 RAI

Erwägungen

E. 22

octobre 2009 consid. 1.2). c) 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 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité 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. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence sont modifiées, 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2; I 67/02 du 2 décembre 2002 consid. 4). d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPG. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). 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; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). e) 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 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 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 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1). Bien que les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 p. 258), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (arrêt 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme, il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 p. 468). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 p. 471). Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il y a lieu de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci (TF 9C_753/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3.1 et les références). f) 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). 3. A l'appui de sa nouvelle demande de rente AI présentée le 17 août 2009, la Dresse recourante a produit divers avis médicaux émanant de son médecin traitant, la Dresse

D. _____, selon laquelle l'état de santé de l'assurée s'est détérioré depuis la décision du 25 février 2009 refusant la rente, entrée en force de chose jugée car n'ayant pas fait l'objet d'un recours. Elle a aussi produit d'autres avis médicaux établis par les Drs Y. _____ le 13 juillet 2009, U. _____ le 18 septembre 2009 et F. _____ le 24 novembre 2009, tous trois interpellés par le médecin traitant et ayant tous revu la recourante après la décision du 25 février 2009. La procédure de révision de la décision de refus de rente a ainsi été formellement engagée. 4. A titre préliminaire, on peut remarquer que la recourante a été interpellée au sujet d'un suivi psychiatrique à la suite de l'avis médical SMR du 20 août 2009 dans lequel le Dr Q. _____ a demandé une meilleure documentation à cet égard. Interrogé à la suite des indications fournies par la recourante, le Dr Contesse a déclaré n'avoir plus revu celle-ci depuis 2007. Aucun avis psychiatrique n'a été produit. Par ailleurs, le Dr U. _____ a examiné une nouvelle fois la recourante à sa consultation et interprété les constatations faites par la Dresse Y. _____ après l'IRM de l'été 2009. Dans sa lettre du 18 septembre 2009, le Dr U. _____ a constaté une nouvelle fois l'existence de troubles dégénératifs partiels "avec une symptomatologie en grande partie chronifiée et se réexacerbant par phases" et a maintenu sa position quant aux actes médicaux justifiés dans le cas de la recourante. Aucune péjoration de l'état de santé de la recourante ne ressort de cet avis médical. Pour sa part, le Dr F. _____ a examiné la recourante le 24 novembre 2009 et constaté que, sur le plan objectif, aucune modification de l'état de santé ne s'était produite depuis son examen effectué en 2005, en proposant d'augmenter la dose de l'antidépresseur pour influencer les douleurs chroniques de la patiente. Au vu des éléments médicaux relatifs à la situation postérieure à la décision dont la révision est demandée, l'avis isolé du médecin traitant n'apparaît pas suffisant pour attester une aggravation dans l'état de santé de la recourante depuis la décision du 25 février 2009. Au contraire, les autres médecins consultés, qui ont examiné tous deux la recourante avant et après ladite décision, constatent en commun l'existence d'un état stable, avec une chronification selon l'avis du Dr U. _____. Dans ces conditions, les rapports d'examen SMR pouvaient se fonder sur les rapports établis par d'autres médecins et consister en avis de synthèse, sans examen de la recourante. Du reste, la consultation d'autres médecins spécialistes, en particulier d'un psychiatre, n'a pas même été évoquée par la recourante. En outre, si l'ensemble des médecins reconnaissent l'existence de troubles de santé avec ou sans effet sur la capacité de travail, seule la Dresse D. _____ admet que cette capacité se serait dégradée au point d'interdire une activité lucrative à la recourante dans la mesure où les limitations médicales constatées sont respectées. L'avis du médecin traitant ne sera donc pas suivi, la mise en œuvre d'une expertise médicale ne se justifiant par ailleurs pas, aucun autre élément que l'avis du médecin traitant ne venant conforter une aggravation de l'état de santé depuis la décision de refus de rente rendue le 25 février 2009. La décision de refus du 8 septembre 2010 apparaît ainsi justifiée. 5. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision confirmée. b) Les frais de justice doivent être mis par 400 fr. à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD); ils correspondent, en l'occurrence, au montant de l'avance de frais effectuée. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGGA).