

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 245 vom 29. April 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__245

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 245 du 29 avril 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 245 del 29 aprile 2015

Regeste

AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, DÉCISION DE RENVOI | 28 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 RAI, 88a RAI, 88bis RAI

Erwägungen

E. 2

et la référence ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2). 3.3 In casu, l'intimé est entré en matière sur la quatrième demande de prestations AI formulée par l'assurée après avoir constaté que les éléments produits par celle-ci ne permettaient pas d'exclure a priori une aggravation de son état de santé depuis la précédente décision de refus de prestations entrée en force, à savoir celle du 25 septembre 2008, au demeurant confirmée sur recours par arrêt de la Cour de céans du 13 décembre 2010. Au terme de l'instruction complète de la situation de la recourante, l'OAI a admis une modification de l'état de fait, soit une capacité de travail de 100% restreinte à certaines activités spécifiques du fait de limitations fonctionnelles oséoarticulaires. Cela étant, il a retenu que cette modification n'était pas suffisante pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI du fait d'un taux d'invalidité ascendant à 15%. Dès lors, il y a lieu d'examiner les bases matérielles – sur les plans médical et économique – de la décision du 8 octobre 2014, tout en concédant, à l'instar de l'OAI, qu'une procédure de révision en vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA se justifiait effectivement dans le cas de la recourante au vu des pièces produites à l'appui de sa nouvelle requête, singulièrement de la prise en charge psychiatrique débutée le 15 juin 2011. En particulier, il s'agira de se prononcer sur la valeur probante des différentes pièces médicales versées au dossier, les griefs de la recourante portant sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail.

E. 4.1

En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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 (4 al. 1 LAI). 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. A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPG) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

E. 4.2

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art.

E. 4.3

L'on ajoutera qu'en vertu de la jurisprudence fédérale, les facteurs psychosociaux ou socioculturels, que peuvent constituer notamment des circonstances contextuelles particulières, ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée). 5. 5.1 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 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 ; 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du

E. 8

avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, 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 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), 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. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). Lorsqu'une appréciation d'un médecin interne à l'assureur social est remise en doute par l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465). 5.2 Par ailleurs, il y a lieu de rappeler que le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Néanmoins, un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012 et jurisprudence citée ; 9C_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2). 6. S'agissant du volet médical de ce dossier, soit de l'estimation de la capacité de travail de la recourante, celle-ci a fait l'objet d'un examen médical approfondi sur les plans psychiatrique et rhumatologique auprès du SMR le

E. 13

mai 2013 par les Drs T. _____ et A. _____. 6.1 A la lecture du rapport d'examen corrélatif, l'on se doit de constater qu'il remplit à l'évidence la totalité des critères posés par la jurisprudence fédérale rappelée supra, de sorte que l'on ne voit aucune raison de lui dénier pleine valeur probante. Singulièrement, les spécialistes du SMR ont procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif de la recourante, sans manquer de détailler les éléments pertinents de l'anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète de l'ensemble des pièces médicales et avis spécialisés à disposition, le Dr T. _____ ayant au surplus fait procéder à de nouvelles radiographies de la colonne, du bassin, des genoux et des hanches de l'assurée. Ils ont par ailleurs discuté les diagnostics ressortant à leur champ de compétences, retenus ou évoqués dans le cas de la recourante, avant de communiquer leurs conclusions. Ces dernières, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées à l'issue du rapport du 22

mai 2013. 6.2 L'on ne voit par ailleurs pas que les rapports des médecins traitants de l'assurée, en particulier des Dresses N._____, G._____ et R._____, soient de nature à faire douter des conclusions des Drs T._____ et A._____, à tout le moins s'agissant de la période antérieure à janvier 2014. En effet, sur le plan physique, les diagnostics évoqués par les Dresses N._____ et G._____ (cf. rapports respectifs de ces praticiennes des 10 juin 2011, 11 juillet 2012 et 21 novembre 2012) ont largement été discutés par les examinateurs du SMR, tandis que la pathologie affectant principalement la recourante demeure celle de fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux persistant. D'ailleurs, il peut être déduit a contrario du rapport de la Dresse [...] du 10 septembre 2014 que celle-ci a pris acte des observations du SMR, dans la mesure où elle ne fait état d'une évolution sensible de la situation de sa patiente qu'à partir de janvier 2014, sans émettre quelque remarque en lien avec la teneur du rapport d'examen SMR du 22 mai 2013. Quant à la Dresse G._____, cette spécialiste ne s'est pas prononcée spécifiquement en termes de capacité résiduelle de travail, mais s'est limitée à confirmer le diagnostic de syndrome douloureux chronique et à envisager des mesures thérapeutiques en vue de soulager l'assurée. Concernant les conséquences de la fibromyalgie (ou trouble somatoforme douloureux persistant), considérée comme une affection psychique, les spécialistes du SMR ont également exposé à satisfaction les raisons les conduisant à nier la réalisation des critères jurisprudentiels qui justifieraient la reconnaissance d'une incapacité de travail (cf. considérant 4.2 supra). En particulier, le SMR a expliqué, de manière à emporter la conviction, que le diagnostic de « trouble dépressif récurrent », posé par la Dresse R._____ auprès de la recourante, ne pouvait être retenu, puisqu'un épisode dépressif n'avait été observé pour la première fois qu'à partir de juin 2011 et se trouvait au surplus en rémission. En outre, les spécialistes du SMR ont relevé qu'un tel épisode s'inscrivait précisément dans le contexte du trouble douloureux affectant l'assurée, ce qui excluait de l'élever au rang de comorbidité psychiatrique spécifique. L'on ajoutera au surplus que le rapport de la Dresse R._____ du 19 juillet 2012 peine à convaincre en ce qu'elle a évoqué la présence d'un trouble dépressif depuis 1980 en l'absence d'éléments anamnestiques corroborant un tel constat, ce alors que la prise en charge psychothérapeutique de cette spécialiste n'a débuté qu'en juin 2011. Enfin, ainsi que l'ont remarqué les examinateurs du SMR, les autres critères énoncés par la jurisprudence fédérale ne sont pas davantage réunis en l'espèce en l'absence d'état psychique cristallisé et de repli social dans toutes les manifestations de la vie chez une assurée qui a été en mesure de déployer une activité lucrative de 30% dès 2009. Compte tenu de ce qui précède, il convient de se fonder sur les conclusions du SMR, singulièrement du rapport du 22 mai 2013, pour considérer, à l'instar de l'intimé, que la recourante était dotée d'une capacité de travail de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles énoncées exhaustivement dans ledit rapport, ce à tout le moins jusqu'en janvier 2014. 7. Reste à examiner l'aspect économique du dossier de la recourante, soit l'évaluation de son invalidité au taux de 15%, tel que déterminé par l'OAI. En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Aux termes de 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 règle ordinaire, 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

(ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). In casu, en l'absence de données concrètes sur les revenus avec et sans invalidité, l'OAI s'est référé aux statistiques salariales ressortant de l'ESS pour fixer ces éléments en se fondant sur une activité de niveau élémentaire, tous secteurs d'activité confondus. Il a par ailleurs effectué une réduction du salaire statistique d'invalidité à hauteur de 15% pour tenir compte de l'âge de l'assurée et de ses limitations fonctionnelles. Ce procédé, que l'assurée ne conteste d'ailleurs pas, ne prête aucunement flanc à la critique, ce qui justifie la confirmation d'un degré d'invalidité de 15% et de la décision litigieuse. 8. Cela étant, il faut relever que, par le biais d'une correspondance de la Dresde N. _____, adressée au SMR le 10 septembre 2014, l'assurée a fait valoir une aggravation de son état de santé, étayée par de nouveaux diagnostics. Sont mentionnées à ce titre une « fasciite plantaire » se manifestant par des « talalgies devenant invalidantes dès le début de l'année 2014 » et une « rhizarthrose bilatérale » ayant entraîné une enflure du poignet droit et des doigts de la main droite, constatée par le médecin traitant précité à sa consultation du 9 septembre 2014. Ce dernier élément a nécessité les investigations subséquentes conduites par le Prof. Z. _____, soit l'IRM du 16 octobre 2014. Vu ces éléments et l'avis du SMR du 25 novembre 2014 y relatif, transmis à la Cour de céans le 2 décembre 2014, il faut considérer que l'assurée a rendu plausible une modification de son état de santé dans le sens entendu par l'art. 87 al. 2 RAI, auquel renvoie l'art. 87 al. 3 RAI. Il incombe dès lors à l'OAI d'instruire cette demande de révision et de statuer derechef sur les droits de l'assurée par une nouvelle décision. Ainsi que le souligne l'OAI dans son écriture du 2 décembre 2014, les nouveaux diagnostics posés dans le cas de la recourante et leur éventuel impact en termes de capacité de travail et de gain ne sauraient toutefois conduire à l'annulation de la décision du 8 octobre 2014. L'examen d'un droit à une rente ne peut en effet entrer en ligne de compte avant l'échéance du délai de carence d'un an consacré par l'art. 28 al. 1 LAI, échu au plus tôt en janvier 2015. En outre, in casu, dans l'hypothèse où le droit à une rente venait à être reconnu, il s'imposerait également de prendre en considération l'échéance prescrite par l'art. 29 al. 1 LAI (cf. sur cette question : Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Invalidenversicherungsgesetz (IVG), 3^{ème} éd. 2014, n. 10 art. 29 LAI). Cette disposition prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGa. A teneur de l'art. 29 al. 3 LPGa, si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande. En conséquence, dans le cadre de la procédure de révision qu'il appartiendra à l'intimé de conduire sur le fond, il devra prendre en considération, au titre de date de la nouvelle demande, la date du 10 septembre 2014 correspondant à la correspondance de la Dresde N. _____ à l'adresse du SMR, dont la teneur a été confirmée par l'assurée aux termes de son mémoire de recours du

E. 16

octobre 2014. 9. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. La cause est néanmoins renvoyée à l'intimé pour qu'il instruisse et statue sur la demande de révision déposée par la recourante, par l'intermédiaire de son médecin traitant, en date du 10 septembre 2014. 9.1 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de

procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs. 9.2 Vu l'issue du recours, la recourante n'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute façon pas représentée, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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