

# **VD\_GERICHTE ZD09.014738 vom 10. März 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-03-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.014738](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.014738)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.014738 du 10 mars 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.014738 del 10 marzo 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable

- 11 - dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

### **E. 2**

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. 1er 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. 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. 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 LPGA. 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 c. 4c, TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 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 légitimement sur les critères d'un système de

- 12 - classification reconnue (ATF 130 V 396 c. 5.3, TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2). 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 c. 4, TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 c. 4, 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 2c; 105 V 156 c. 1, VSI 2002 p. 64, TFA 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, 125 V 351 c. 3a et les arrêts cités, TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

- 13 - 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 confidentiels 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 c. 3b/cc et les références citées, TFA I 554/01 du 19 avril 2002 c. 2a). c) 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 c. 5b, 125 V 368 c. 2, 112 V 372 c. 2b, TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 c. 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 c. 2b, 112 V 390 c. 1b, TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 c. 5.1, TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 c. 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

- 14 - juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 c. 5.1, TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 c. 4.1, les deux avec références citées).

### **E. 3**

a) Dans la décision attaquée, du 2 mars 2009, l'intimé a refusé le droit à une rente d'invalidité, au motif que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié au point de changer son degré d'invalidité reconnu par décision antérieure. Dans la décision du 8 juillet 2005, l'OAI a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité de décembre 2000 à décembre 2001, puis a supprimé cette prestation à compter de janvier 2002. Il s'agissait essentiellement d'un trouble somatoforme persistant sous la forme de polyarthralgies et de rachialgies (rapports du 29 octobre 2001 du Dr T. \_\_\_\_\_ et du 13 novembre 2001 de la Dresse B. \_\_\_\_\_). Le 12 janvier 2004, le SMR a retenu l'atteinte principale de cervico- brachialgies bilatérales et lombo-sciatalgies gauches chroniques, avec troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, avec une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée. b) Il faut donc examiner s'il y a eu, depuis cette décision d'octroi de rente limitée dans le temps, une modification des circonstances susceptible de modifier le droit à la rente, soit en l'occurrence une aggravation de l'état de santé comme s'en prévaut la recourante. Le 20 janvier 2006, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a fait état de céphalées, cervicalgies, lombalgies, douleurs dans les chevilles et insomnies. Dans un courrier du 15 avril 2006, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a retenu un trouble somatoforme persistant, un trouble de la personnalité borderline, la capacité de travail étant nulle. Le 8 décembre 2006, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme, de douleurs persistantes avec un état dépressif chronique et de troubles du sommeil. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a, les 5 septembre et 30 octobre 2006, attesté de plaintes d'un sommeil sur la base d'un examen ambulatoire. Dans un avis médical du 21 février 2007, le médecin du SMR

- 15 - a indiqué qu'il n'y avait pas d'aggravation de nature à modifier l'exigibilité de 2004. Le 18 avril 2007, il a précisé que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique ayant valeur d'invalidité. Le 22 avril 2009, le Dr J. \_\_\_\_\_, après un status neurologique partiel et un EMG, a retenu qu'on retrouvait à nouveau des paramètres neurographiques tout à fait physiologiques. En date du 30 mai 2009, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'anxiété généralisée, de dysthymie et de réaction à des facteurs de stress sévères, signalant que le stress du deuil et les conséquences en résultant semblaient vouer à l'échec toute tentative de reclassement. Dans un avis médical du 20 juillet 2009, les médecins du SMR ont notamment indiqué que des interventions chirurgicales effectuées au CHUV ne nécessitaient pas plus de trois semaines d'incapacité de travail et que les Drs B. \_\_\_\_\_ et

J. \_\_\_\_\_ n'apportaient pas d'élément médical nouveau, de sorte que la preuve d'une aggravation de l'état de santé prolongée n'avait pas été apportée et qu'une expertise psychiatrique n'était pas justifiée. Dans un avis médical du 29 juillet 2009, ces mêmes médecins ont expliqué que la Dresse M. \_\_\_\_\_ faisait état de constatations de peu d'importance, que la description de l'état de santé actuel était superposable à celle relatée en 2001 et 2006, que cette praticienne ne donnait aucun symptôme psychiatrique inquiétant et qu'elle se bornait à faire état de suppositions, de sorte qu'il n'y avait pas d'aggravation prolongée et invalidante. c) Au vu des rapports médicaux produits par la recourante et des avis médicaux du SMR, il y a lieu de retenir que l'état de santé de l'assurée n'a pas subi de modification notable. En effet, tout d'abord du point de vue somatique, le Dr T. \_\_\_\_\_ n'a pas fait état d'une aggravation par rapport à son appréciation d'octobre 2001, la Dresse B. \_\_\_\_\_ n'a pas apporté d'élément médical réellement nouveau et, pour l'aspect neurologique, le Dr J. \_\_\_\_\_ n'a constaté aucun signe objectif d'aggravation des cervico-brachialgies, comme l'a relevé à juste titre le SMR dans son avis médical du 20 juillet 2009. Dans son courrier du 24

- 16 - avril 2009, le Dr J. \_\_\_\_\_ n'a en outre pas signalé de détérioration de l'état de santé de sa patiente et son appréciation quant à l'incapacité de travail, dans la mesure où il s'agit du neurologue traitant, doit être appréciée avec les réserves d'usage. S'agissant des interventions chirurgicales mentionnées dans l'avis de sortie du 26 avril 2007 du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, le SMR a indiqué en substance le 20 juillet 2009 qu'une incapacité de travail pour des activités sédentaires ne pouvait dépasser trois semaines. Par ailleurs, le SMR a précisé en août 2006 que l'opération de hallux valgus aux deux pieds ne revêtait pas un caractère invalidant, s'étant limitée à quelques semaines d'incapacité de travail totale. Au sujet du courrier du 15 avril 2006 de la Dresse M. \_\_\_\_\_, le SMR a expliqué, de façon convaincante et en se prononçant sur les éléments constatés par le psychiatre traitant, que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique ayant valeur d'invalidité et que le trouble thymique n'avait pas valeur d'invalidité (avis médicaux des 21 février et 18 avril 2007). Par la suite, s'agissant des constatations ultérieures de la Dresse M. \_\_\_\_\_ du 30 mai 2009, le SMR a retenu que le psychiatre traitant faisait état de constatations de peu d'importance, ne mentionnait aucun élément ayant valeur d'invalidité, citait les mêmes symptômes que dans ses précédents rapports de 2001 et 2006 et se basait en partie sur des suppositions. En ce sens, l'avis des médecins du SMR emporte la conviction de la Cour de céans. On ajoutera que la Dresse M. \_\_\_\_\_ n'a pas donné de symptômes au sens de la CIM-10 permettant de retenir la présence d'une affection psychique revêtant un caractère invalidant et que son avis, en tant que psychiatre traitant, doit être apprécié avec les réserves d'usage. Dès lors, les arguments du SMR, résultant d'une analyse fouillée de la situation médicale de l'assurée et répondant à chacun des troubles annoncés par les médecins ayant examiné la recourante, permettent de retenir que l'état de santé de cette dernière ne s'est pas

- 17 - modifié depuis la décision du 8 juillet 2005 au point de modifier le droit à la rente. Lorsque la recourante soutient qu'elle n'a pas été examinée personnellement par les médecins du SMR dans le cadre de la procédure de révision, on relèvera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (TF 9C\_794/2008 du 21 août 2009 c. 2.3, TFA U 492/00 du 31 juillet

2001). En d'autres termes, l'absence d'un examen personnel effectué par le SMR ne permet pas en soi de douter de son appréciation, pour autant qu'il se base sur les observations médicales d'autres médecins (en ce sens: TF 8C\_180/2009 du 8 décembre 2009 c. 8.3). Dans ces conditions, contrairement à ce qu'allègue la recourante, on ne saurait dire que la décision attaquée consacre une violation de l'interdiction de l'arbitraire (sur cette notion: ATF 134 V 53 c. 4.3, TF 9C\_575/2010 du 18 novembre 2010 c. 1 et les arrêts cités). Au vu de ce qui précède, les conditions d'une révision du droit à la rente d'invalidité (art. 17 LPGa) ne sont pas réunies. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La cause étant suffisamment instruite pour être jugée, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à un complément d'instruction sur le plan médical.

#### **E. 4**

a) 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 fr (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe.

- 18 - La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération de l'avance de frais ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Fontana à compter du 6 avril 2009 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est en l'occurrence le cas, les frais judiciaires sont à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. b CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) et le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée et arrêtée à 1'521 fr., débours en sus par 100 fr., soit au total 1'621 fr., TVA incluse. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. b) Vu l'issue du litige, il n'y a 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.