

VD_GERICHTE ZD09.017302 vom 12. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.017302

FR: VD_GERICHTE ZD09.017302 du 12 mai 2011

IT: VD_GERICHTE ZD09.017302 del 12 maggio 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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA) – auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. d) S'agissant d'une contestation relative à une demande de révision tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité en lieu et place d'une demi-rente, la valeur litigieuse est manifestement supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

a) Le litige porte sur la détermination du taux d'invalidité de X. _____, dans le cadre de sa demande de révision de sa demi-rente

- 9 - d'invalidité. La recourante affirme être totalement incapable de travailler depuis novembre 2006 et donc avoir droit désormais à une rente entière d'invalidité. L'office intimé soutient quant à lui que le taux d'invalidité de 50 % présenté par la recourante depuis 1996 est toujours resté constant. b) Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329, consid. 2.2 et 2.3 ; 130 V 445 ; 127 V 466, consid. 1 ; TF 9C_852/2009 du 28 juin 2010, consid. 5). Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard notamment des modifications de la LAI consécutives à la 4e révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2004, et pour la suite au regard des

modifications de la LAI consécutives à la 5e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

E. 3

a) Aux termes 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. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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.

- 10 - Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008 (anciennement art. 28 al. 1 LAI), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. D'après 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. b) 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations, dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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, 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). c) En l'espèce, il n'est pas contesté par l'office intimé que l'état de santé de la recourante a évolué depuis le 13 octobre 2006, date

- 11 - de la dernière décision entrée en force confirmant son droit à une demi-rente d'invalidité, dans la mesure où une fibromyalgie a été diagnostiquée pour la première fois par son médecin traitant en décembre 2006. Cette affection serait en effet apparue, selon ce praticien, après le licenciement de l'assurée, en novembre 2006. Cela étant, il convient de déterminer si ce nouveau diagnostic influe d'une quelconque manière sur la capacité de travail de la recourante et partant sur son degré d'invalidité.

E. 4

a) Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur lors de l'état de fait qui doit être apprécié dans le cas d'espèce, il faut mentionner — outre les maladies mentales proprement dites — les anomalies psychiques

qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à sa santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou — comme condition alternative — qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215, consid. 6.1.1 et la référence). b) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.2.1 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur

- 12 - intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, 4ème éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1 et la référence ; TF 9C_310/2008 du 12 février 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé,

- 13 - l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient

et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

E. 5

a) Pour pouvoir se prononcer sur l'éventuelle existence et le degré d'une 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). Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte

- 14 - médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351, consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). b) En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) au SMR en date du 8 septembre 2008. Le rapport d'examen du 7 octobre 2008 (cf. supra, let. B.c) contient une anamnèse qui apparaît complète et détaillée, tout comme les examens pratiqués sur la recourante, dont les plaintes (notamment les douleurs, spasmes et tremblements, ainsi que les problèmes de mémoire, de concentration et d'élocution) sont par ailleurs dûment rapportées et investiguées. Certes, la recourante fait valoir que les médecins du SMR n'auraient pas tenu compte du fait qu'elle avait pris des médicaments pour se sentir mieux lors de cet examen, raison pour laquelle son état à ce moment-là n'aurait pas été aussi mauvais que d'habitude. Ce grief ne doit toutefois pas être retenu. En effet, les médecins du SMR ont bien établi, dans leur rapport, la liste des médicaments pris régulièrement par la recourante. Par ailleurs, on relèvera à ce propos le raisonnement contradictoire de cette

dernière, qui allègue elle-même dans son mémoire de recours du 8 mai 2009 (cf. supra, let. D.a) que les médicaments pris "ne lui apportent que très peu de réconfort", et qu'elle "s'est sentie très mal durant l'entrevue".

- 15 - Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que les critères posés par la jurisprudence pour reconnaître une pleine valeur probante à un rapport médical (cf. supra, consid. 5.a) sont remplis dans le cas du rapport du SMR du 7 octobre 2008, dont les conclusions sont claires et longuement motivées. Or il résulte du volet psychiatrique de cet examen que l'assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique suffisante au sens de la jurisprudence. On ne retrouve en effet chez la recourante aucune perte d'intégration sociale : cette dernière part en vacances, vit avec un ami et a des contacts réguliers avec sa fille et des amis. Aucun état psychique cristallisé ne découle de l'expertise, le diagnostic de fibromyalgie n'étant que relativement récent. Quant aux autres critères posés par la jurisprudence pour pouvoir considérer la fibromyalgie d'un assuré comme une affection invalidante (cf. supra, consid. 4.b), ils ne sont pas non plus réunis, ou à tout le moins pas avec une intensité suffisante. Par ailleurs, les médecins du SMR ont parfois remarqué une discordance entre les plaintes décrites par la recourante et son comportement (par exemple : « Mme X. _____ insiste beaucoup pour son manque de force dans les MS et les MI, avec d'importants troubles de la marche. Ceux-ci n'ont pas pu être objectivés, notamment lorsque, fortuitement, l'assurée a pu être observée marchant dans la rue. »). De plus, il convient de souligner que la recourante, qui se plaint d'affections de nature psychiatrique, n'a pourtant jamais débuté de suivi auprès d'un psychiatre. D'autre part, il est à relever, au vu de la jurisprudence précitée concernant les médecins traitants (cf. supra, consid. 5.a in fine), que l'appréciation des médecins du SMR ne saurait être remise en cause par les rapports établis par le Dr T. _____, médecin traitant de la recourante (cf. supra, let. B.a et B.b), qui ne détiennent pas la même valeur probante, dès lors que ce médecin n'est ni psychiatre ni rhumatologue et qu'il n'a motivé ses rapports que de façon sommaire.

E. 6

a) Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que l'OAI a estimé que la fibromyalgie dont souffre la recourante depuis 2006 ne

- 16 - possède pas de caractère invalidant au sens de la jurisprudence. En définitive, le recours se révèle entièrement mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) 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, 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. 69 al. 1 bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; 61 let. g LPGA).

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