

VD_GERICHTE ZD11.012572 vom 21. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.012572

FR: VD_GERICHTE ZD11.012572 du 21 mars 2012

IT: VD_GERICHTE ZD11.012572 del 21 marzo 2012

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). 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont

- 10 - sujettes à recours auprès du Tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et il respecte les autres conditions de forme (cf. notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si les conditions d'une révision de la rente d'invalidité du recourant sont réunies. Se fondant sur l'avis médical du Dr K._____ du SMR du 10 janvier 2011, l'OAI considère qu'il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé par rapport à la situation telle qu'elle se présentait en 2006. Le recourant quant à lui estime que son état de santé s'est péjoré au plan psychiatrique, se fondant sur les rapports médicaux de la Dresse N._____. Après avoir conclu, dans un premier temps, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, il a modifié sa conclusion, demandant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique. Il a ensuite à nouveau modifié ses conclusions, requérant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique et neurologique, compte tenu du diagnostic de maladie d'Alzheimer à début précoce qui a été posé en 2011, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2011.

E. 3

a) En vertu de l'art. 17 al. 1 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. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc 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

- 11 - 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, une comparaison des revenus

conformes au droit, et les circonstances prévalant au moment de la demande de (nouvelle) révision (ATF 133 V 108, consid. 5, TF 9C_198/2011 du 11 novembre 2011, consid. 4.2; 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est resté inchangé, n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006; consid. 5.1; TF 9C_97/2011 du 21 juillet 2011, consid. 4). Un motif de révision 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). b) 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 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente aux trois conditions suivantes: a. sa capacité de gain ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6

- 12 - LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. La rente est échelonnée selon le taux 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 trois quart de rente, et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à un rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration, ou le juge, en cas de recours, a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées). c) aa) Selon le principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 première phrase LPGA). En matière d'assurance- invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurances sont remplies, l'OAI réunit les pièces nécessaires, en particulier et notamment, sur l'état de santé du requérant. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés, c'est-à-dire au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Dans la mesure où l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires

- 13 - au complément d'instruction (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2).
bb) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1; TF 9C_168/2007 du janvier 2008, consid. 4.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). En particulier, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice

- 14 - pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011, consid. 2; TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.5; TF I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3). Par ailleurs, on ne saurait dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012, consid. 4.1). Quant aux rapports médicaux établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 3). cc) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de

manière

- 15 - irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

E. 4

En l'espèce, pour déterminer s'il y a matière à révision au sens de l'art. 17 LPGA et de la jurisprudence précitée (supra consid. 3a), il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la dernière demande de révision du 24 novembre 2009 et la situation telle qu'elle se présentait au moment de la précédente demande de révision ayant abouti à la décision de refus du 5 décembre 2006. En effet, il s'agit de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente, puisque le SMR a examiné les rapports médicaux des 13 mars et 18 mai 2006 déposés par la Dresse N._____, pour conclure que le recourant ne présentait pas - outre les problèmes somatiques ayant conduit à l'octroi d'un quart de rente en 2000 - d'atteinte à la santé psychique permettant de reconnaître une invalidité au sens de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de sa décision de 2006, l'OAI se fondait sur l'avis du SMR qualifiant les symptômes du recourant de dépression réactionnelle - alors que la Dresse N._____ les qualifiait de trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne. Dans le cadre de la dernière demande de révision datant de 2009, l'OAI, après avoir pris connaissance des rapports médicaux de la Dresse N._____ des 11 novembre et 9 décembre 2009, a considéré - reprenant à son compte les conclusions du Dr K._____ du SMR dans son avis du 10 janvier 2011 - que l'état de santé psychique du recourant ne

- 16 - s'était pas aggravé depuis 2006 et que, dès lors, le recourant ne présentait toujours que des atteintes d'ordre somatique. Cette dernière appréciation de l'OAI n'emporte pas conviction. En effet, la Dresse N._____ a, dans ses rapports précités de 2009, mis en évidence différents éléments laissant penser que l'état de santé du recourant au plan psychique s'est aggravé depuis 2006. D'abord, le recourant, qui est suivi par la Dresse N._____ depuis 2003, est toujours sous traitement anxiolytique et antidépresseur, ce qui indique à tout le moins que sa santé psychique ne s'est pas améliorée depuis 2006. Par ailleurs, dans ses rapports médicaux de novembre et décembre 2009, la Doctoresse constate un fort abaissement de l'humeur et une perte de la joie de vivre - éléments qu'elle n'avait pas constatés en 2006. Elle a encore mis en évidence que le recourant est très affecté par les difficultés familiales qu'il rencontre depuis 2009. Enfin, elle estime désormais que la capacité de travail du recourant est nulle depuis la fin de l'année 2009, alors qu'en 2006, elle l'évaluait à 50%. Si ces éléments ne suffisent pas à admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, une aggravation de l'état de santé psychique du recourant, ils constituent néanmoins des indices suffisants pour mettre sérieusement en doute l'appréciation de l'OAI selon lequel le recourant ne présente pas, au plan psychique, d'atteinte à la santé invalidante susceptible d'influencer l'ampleur de son droit à la rente. Dans ces circonstances, il y a lieu de considérer que l'état de fait, en particulier le point de savoir si le recourant présente une atteinte à la santé psychique invalidante, n'a pas été suffisamment éclairci, de sorte qu'une

mesure d'instruction complémentaire s'impose.

E. 5

Reste à examiner sous quelle forme cette instruction complémentaire doit intervenir. A cet égard, après avoir requis, dans son acte de recours, le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, le recourant a modifié ses conclusions en cours de procédure, requérant en dernier lieu la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique et neurologique.

- 17 - a) Selon la jurisprudence, deux solutions s'offrent en principe au juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés. Il peut soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à l'instruction complémentaire, par exemple en ordonnant une expertise judiciaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va différemment quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsqu'en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'espèce, l'OAI s'est contenté de soumettre les rapports médicaux de la Dresse N. _____, pour analyse, au Dr K. _____ du SMR, lequel n'est pas psychiatre. Aucun examen clinique psychiatrique n'a été ordonné, ce que l'on pouvait exiger compte tenu des éléments apportés par la Dresse N. _____. Dans ces circonstances, il y a lieu de considérer que l'Office a constaté les faits de façon sommaire, de sorte que la cause doit lui être renvoyée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise au sens de l'art. 44 LPG. L'expertise devra être bidisciplinaire, en ce sens qu'elle devra porter sur l'état de santé du recourant au plan

- 18 - psychiatrique, ainsi qu'au plan neurologique. En effet, même si la maladie d'Alzheimer à début précoce a été diagnostiquée postérieurement à la décision litigieuse, il se justifie, par économie de procédure, d'examiner également l'incidence de cette nouvelle atteinte sur la capacité de travail du recourant.

E. 6

Il résulte de ce qui précède que le recourant obtient gain de cause. La décision de l'OAI est annulée, la cause étant renvoyée à l'Office pour la mise en œuvre d'une expertise au sens de l'art. 44 LPG, bidisciplinaire, psychiatrique et neurologique. Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens fixés, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPG et art. 55 LPA-VD), à 2'500 francs et mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 50 LPA-VD). Le recourant a en outre obtenu, au titre de l'assistance

judiciaire, l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Agier. Ce dernier ayant renoncé à l'indemnité d'office, il n'y a pas lieu d'en fixer le montant. Le Service juridique et législatif remboursera au recourant la franchise mensuelle de 50 francs qu'il a, le cas échéant, versée à partir du 1er juillet 2011.

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