

VD_GERICHTE ZD14.024918 vom 24. September 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-09-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.024918

FR: VD_GERICHTE ZD14.024918 du 24 septembre 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.024918 del 24 settembre 2015

Erwägungen

E. 1

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la

- 16 - compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 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), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). En l'espèce, le recours du 17 juin 2014 contre la décision de l'OAI du 15 mai 2014 a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le refus de l'OAI d'augmenter la rente de l'assurée et sur le maintien de l'octroi d'un quart de rente sur la base d'un taux d'invalidité de 44 %, suite à la procédure de révision initiée d'office par l'intimée le 5 août 2013. Dans la mesure où la recourante invoque une aggravation de son état de santé qui justifierait selon elle l'octroi d'une rente entière, il y aura lieu d'examiner si sa capacité travail et de gain ont évolué depuis la décision du 23 septembre 2005, confirmée par les arrêts du 23 octobre 2008 du Tribunal des assurances du canton de Vaud et du 29 mai 2009 du Tribunal fédéral. Sur le plan médical, il s'agira notamment de déterminer s'il existe une péjoration de l'état de santé propre à influencer le droit à la rente depuis la décision précitée, en particulier depuis l'expertise pluridisciplinaire du 27 mai 2008 du CEMed (cf. consid. 3a et 6 infra).

E. 3

a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est,

- 17 - d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 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. Dite décision constitue donc le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). 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 371 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). 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 juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

- 18 - b) Selon l'art. 87 al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision de la possibilité d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance (let. a), ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (let. b). L'art. 88a al. 1 RAI stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie. S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88bis al. 1 RAI prévoit que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a) ; si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue

- 19 - (let. b), et s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (let. c). En vertu de l'art.

88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77 RAI, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner (let. b).

E. 4

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

- 20 - b) Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). 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). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une 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 quart de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. c) 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 réf. cit.). 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 ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). d) 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 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

- 21 - 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc). 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 consid. 3b/cc et réf. cit.).

E. 5

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que 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 au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits

- 22 - présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

E. 6

a) En l'espèce, dans le cadre de la révision d'office de la rente, N._____ fait valoir une aggravation de son état de santé. Dans son mémoire de recours, elle explique notamment souffrir d'une série d'atteintes à la santé, à savoir d'obésité grave, d'hypertension artérielle très marquée et difficile à contrôler, même avec plusieurs médicaments, de dépression nerveuse chronique, d'une affection gynécologique, de maux de tête épouvantables, d'un genou droit handicapé et d'une jambe considérablement enflée. Elle soutient que son état s'est aggravé du fait de douleurs dorsales et de troubles du sommeil, précisant qu'elle doit souvent s'étendre dans la journée. Au vu de la jurisprudence précitée (cf. consid. 3a supra), il convient donc d'examiner si la capacité travail et de gain de la recourante ont évolué depuis la décision d'octroi du 23 septembre 2005, confirmée par les arrêts du 23 octobre 2008 du Tribunal des assurances du canton de Vaud et du 29 mai 2009 du Tribunal fédéral.

Sur le plan médical, il s'agit notamment de déterminer s'il existe une péjoration de l'état de santé propre à influencer le droit à la rente depuis la décision précitée, en particulier depuis l'expertise pluridisciplinaire du 27 mai 2008 du CEMed. À cet égard, on observe que depuis l'expertise réalisée par le CEMed en 2008, aucun nouveau diagnostic n'a été posé. Il s'avère en effet que les diagnostics d'obésité, d'hypertension artérielle (HTA) et de diabète de type II mentionnés par le Dr. G. _____ dans le questionnaire médical du 28 octobre 2013 avaient déjà été retenus par les experts du CEMed en 2008. Pour ce qui est de l'hypercholestérolémie, il s'agit d'une

- 23 - dyslipidémie, c'est-à-dire d'une anomalie du taux de lipides dans le sang (Le petit Larousse de la médecine, éd. 2010, p. 306). Or ce diagnostic avait déjà été expressément posé en 2008 (cf. rapport d'expertise du 27 mai 2008 p. 33). S'agissant de l'hernie discale L5-S1, les experts du CEMed relevaient déjà en 2008 une protrusion discale postéro-médiane et para-médiane gauche en L5-S1, si bien que ce diagnostic était également connu (cf. rapport d'expertise du 27 mai 2008 p. 26). Au demeurant, on rappelle que selon les experts du CEMed, les diagnostics précités n'ont pas d'influence sur la capacité de travail de la recourante (cf. rapport d'expertise du 27 mai 2008 p. 33). Quant aux douleurs évoquées par l'intéressée, lesquelles étaient d'ailleurs mentionnées par les experts en 2008 (cf. rapport d'expertise du 27 mai 2008 p. 11), elle doivent être objectivées par des observations médicales concluantes, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. La recourante invoque également une affection gynécologique, sans autres précisions. Dans le questionnaire médical du 28 octobre 2013, le Dr G. _____ ne fait cependant nullement état de cette problématique, mentionnant uniquement la grossesse de sa patiente. Dans ces conditions, il n'est pas possible de savoir si l'affection gynécologique dont fait état la recourante constitue un nouveau diagnostic et cas échéant s'il s'agit d'une atteinte incapacitante, ni la date de sa survenance, étant précisé que si cette atteinte devait être postérieure à la décision attaquée, elle ne saurait être prise en considération. L'assurée indique également souffrir d'une dépression nerveuse chronique. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent avait déjà été posé par les experts du CEMed en 2008, si bien qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle atteinte à la santé. Au moment de cette expertise, cette affection était cependant en rémission et considérée comme sans répercussion sur la capacité de travail (cf. expertise du 27 mai 2008 pp. 30 et 33). Actuellement, aucun élément au dossier n'indique une péjoration de ce trouble dépressif. On ne trouve pas non plus de trace d'un suivi médical psychiatrique ni de traitement médicamenteux anti-dépresseur. Il

- 24 - ressort d'ailleurs du questionnaire médical du 28 octobre 2013 que le Dr G. _____ ne mentionne même pas ce diagnostic. Dans ces conditions, force est de constater qu'une aggravation de l'atteinte psychique n'est pas objectivée. b) Au vu des considérations qui précèdent, on ne peut que se rallier à la position du SMR en ce sens que les renseignements à disposition n'amènent pas d'éléments nouveaux susceptibles d'attester d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Bien que le Dr G. _____ parle de progression des problèmes de santé de sa patiente, tout en considérant dans le même temps que son état de santé est stable depuis l'octroi de la rente, il n'explique nullement en quoi la situation médicale se serait péjorée depuis l'expertise du CEMed, se contentant de substituer sa propre appréciation à celle des experts, ce qui ne constitue pas un motif de révision (cf. consid. 3a supra). Le constat du SMR s'impose d'autant plus que le questionnaire médical du 28 octobre 2013 émane du médecin traitant de l'assurée, lequel est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui

l'unit à celui-ci (cf. consid. 4d supra). c) S'agissant des mesures d'instruction requises, à savoir la mise en œuvre d'une expertise et l'audition des Drs Q. _____, L. _____ et G. _____ ainsi que des compléments écrits à solliciter auprès de ces médecins, elles ne s'imposent pas. Tout d'abord, on observe que le Dr G. _____ s'est déjà exprimé à deux reprises, soit par le biais du questionnaire médical du 28 octobre 2013 ainsi que de l'attestation du 20 mars 2014. Ainsi, son audition paraît superflue. S'agissant de l'audition du Dr Q. _____, il ressort du dossier que ce dernier n'est plus le médecin traitant de la recourante, de sorte que son audition serait sans pertinence. Quant à l'audition du Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale prenant en charge la problématique de l'obésité de la recourante (cf. expertise du 27 mai 2008 p. 16), elle paraît inutile, étant rappelé que l'obésité de l'assurée est un diagnostic connu de longue date et au sujet duquel cette dernière ne fait pas valoir d'aggravation spécifique.

- 25 - Pour ce qui est de la requête d'expertise, elle est, en l'état du dossier, purement exploratoire. Dans ces conditions et conformément à la jurisprudence précitée en matière d'appréciation anticipée des preuves (cf. consid. 5b supra), le Tribunal de céans est en mesure de se forger sa propre opinion sur la base des éléments figurant au dossier, si bien qu'il n'est pas nécessaire d'administrer d'autres preuves. d) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 7

a) La procédure est onéreuse. 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). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que cette dernière a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. b) Il n'y a, au demeurant, pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA). c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable 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. En l'espèce, Me Jean-Emmanuel Rossel a chiffré à onze heures le temps consacré à ce dossier depuis le 17 juin 2014. Il n'a cependant pas détaillé le temps effectif de chaque opération. Cependant, après examen, le temps consacré à la réalisation de certaines activités paraît toutefois trop important eu égard à la complexité de la cause, si bien qu'il convient

- 26 - de réduire le nombre d'heures comme suit : une heure pour le premier entretien avec la recourante et une demi-heure pour le second ; une heure pour les six courriers, dans la mesure où il s'agit de lettres d'accompagnement d'écritures ou de demandes de prolongations de délai ; trois heures pour le recours, y compris l'examen du dossier et une heure et demie pour la réplique ; une heure pour les entretiens téléphoniques avec le greffe et l'assurée, assurément brefs et limités compte tenu de la nature de l'affaire, de ses difficultés et des deux entretiens à l'étude déjà pris en compte. Afin de rapporter les heures dans une mesure raisonnable s'agissant des opérations utiles et nécessaires en l'espèce, le temps total consacré doit donc être réduit à huit heures. C'est ainsi un montant de 1'440 fr. (huit heures x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus la TVA à 8 % d'un montant de 115 fr. 20. Au demeurant,

l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1, consid. 3a). En l'occurrence, c'est un montant de 21 fr. 60, TVA à 8 % en sus, qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 1'578 fr. 50. La rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]).

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