

## **VD\_GERICHTE ZD16.039571 vom 15. Februar 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-02-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.039571](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.039571)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.039571 du 15 février 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD16.039571 del 15 febbraio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

a) 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 (art. 8 al. 1 LPGA et

#### **E. 4**

Pour se prononcer sur l'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

- 18 - est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références). De manière générale, 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. 3 ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 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 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 8C\_410/2014 précité consid. 3.3). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI, 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 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la

- 19 - synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (cf. art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (cf. art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois 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). 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 confidents 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 cons. 3b/cc et les références ; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc).

### **E. 5**

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 208 consid. 6b et la référence). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par

- 20 - le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a ; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 117 V 264 consid. 3b et les références).

### **E. 6**

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la demande de révision présentée par la recourante le 4 juillet 2014, rejetant celle-ci après avoir recueilli les avis des différents médecins concernés. Il y a donc lieu d'examiner si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'intéressée est réellement intervenue en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision du 11 avril 2012, et les circonstances régnant à l'époque de la décision du 4 juillet 2016, objet du présent recours, et justifie ou non une augmentation de la rente octroyée par décision du 11 avril 2012. a) La recourante se prévaut d'une péjoration de son état de santé sur le plan psychique, précisant qu'elle ne prétend pas que les atteintes somatiques justifieraient une augmentation de sa rente. Elle fait toutefois valoir lors de sa dernière écriture l'apparition de vertiges et de troubles de l'équilibre. Il est constant que les atteintes somatiques de la recourante, soit les troubles pulmonaires ainsi que les cervicalgies qu'elle présente ensuite d'un accident de la circulation en 1998 ne se

sont pas aggravés entre la dernière décision de l'intimé entrée en force et la décision attaquée. Aucun rapport médical au dossier ne fait état d'une atteinte qui réduirait la capacité de travail de la recourante de plus de 50 % (cf. notamment rapport de la Dresse X. \_\_\_\_\_ du 9 novembre 2014 concernant l'asthme). La Dresse M. \_\_\_\_\_ évoque certes à quelques reprises une dégradation des troubles somatiques, mais ne donne aucune

- 21 - précision, en particulier sur les effets sur la capacité de travail, qu'elle n'a du reste pas investigués. Les vertiges et troubles de l'équilibre allégués par la recourante et le certificat médical de la Dresse N. \_\_\_\_\_ ne peuvent être pris en compte dans le présent arrêt. En effet, 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 (cf. supra consid. 2b). 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\_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2). Or en l'espèce, outre le fait que la Dresse N. \_\_\_\_\_ n'atteste aucune incapacité de travail en lien avec les diagnostics qu'elle retient, elle observe que les troubles évoqués par la recourante ont évolué défavorablement, selon ses dires, depuis le début de l'année 2017, soit postérieurement à la décision litigieuse. Il n'y a pas d'élément dans ce rapport qui permette d'apprécier les circonstances au moment où la décision litigieuse a été rendue, de sorte qu'il doit être écarté. En cas d'aggravation de son état de santé postérieure à la décision attaquée, il appartient à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations. b) Au vu de ce qui précède, c'est effectivement sous l'angle de la problématique psychique qu'il convient d'examiner si une aggravation de l'état de santé de la recourante est effectivement intervenue. Lorsque la décision du 11 avril 2012 a été rendue, il a été reconnu que la recourante souffrait d'un état dépressif majeur récurrent de gravité moyenne (cf. rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 6 mai 2010). La recourante était, selon le SMR, limitée par une humeur dépressive, des troubles de la concentration, de la mémoire et du sommeil (cf. rapport du SMR du 14 juin 2011). Lors de sa demande de révision, la recourante a annoncé une aggravation de son état dépressif, se manifestant par de la fatigue, un

- 22 - manque de concentration et des pertes de mémoire, soit des éléments qui avaient déjà été pris en compte lors de la précédente évaluation de son état de santé. La recourante se prévaut essentiellement des rapports établis par la Dresse M. \_\_\_\_\_. Il est en premier lieu relevé que cette médecin ne bénéficie pas de la spécialisation en psychiatrie et psychothérapie reconnue en Suisse. Ses rapports ne contiennent pas de status clinique et elle ne motive aucunement pour quelles raisons elle retient une aggravation de l'atteinte à la santé de sa patiente. Elle se contente, à maintes reprises, d'annoncer que l'état de la recourante s'est aggravé et qu'elle souffre de troubles de la concentration, de la mémoire et d'une importante fatigue. Elle évoque également un trouble anxieux et des crises de panique, sans autres détails sur la façon dont ils se manifestent, sur la fréquence des crises de panique, ou sur des résultats de tests cliniques, malgré plusieurs interpellations. Le diagnostic qu'elle retient, sans l'étayer, est celui de trouble dépressif récurrent. Contrairement à ce que soutient la recourante, ce diagnostic n'est pas différent de celui retenu à l'époque de la première décision, puisqu'il s'agissait d'état dépressif majeur récurrent, de gravité moyenne. Les mêmes remarques peuvent être faites concernant le rapport du 23 octobre 2014 du Dr H. \_\_\_\_\_, qui n'est pas non plus spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci se contente d'évoquer une « dépression larvée » entraînant une fatigabilité extrême, une somnolence diurne et la nécessité de se reposer. Il

n'explique pas en quoi ces symptômes, qui existaient déjà en 2012, entraîneraient une incapacité de travail supérieure à celle retenue auparavant et a lui-même admis que les limitations fonctionnelles étaient à définir et à évaluer. Concernant les troubles de la mémoire, qui sont selon la Dresse M. \_\_\_\_\_ en partie à l'origine de l'aggravation de l'état de santé de sa patiente, contrairement à ce que soutient la recourante dans sa réplique, le Dr V. \_\_\_\_\_ a relevé des résultats de tests normaux. Le rapport de la Clinique R. \_\_\_\_\_, établi à la suite d'une hospitalisation volontaire, reconnaît un pronostic favorable et une

- 23 - amélioration des troubles de la mémoire et de la concentration. Bien qu'il soit fait mention d'une capacité de travail limitée, les médecins de cette clinique ne donnent pas de précisions sur les taux d'incapacité et les périodes, et reconnaissent l'existence d'une capacité de travail avec notamment un soutien du psychiatre traitant. La décision d'inaptitude au placement rendue par le SDE n'est d'aucun secours à la recourante. En effet, les notions d'invalidité et d'inaptitude au placement ne sont pas identiques dans les deux assurances en question. En vertu de l'art. 15 al. 1 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.0), est réputé apte à être placé le chômeur qui est disposé à accepter un travail convenable et à participer à des mesures d'intégration et qui est en mesure et en droit de le faire. L'aptitude au placement comprend ainsi non seulement la capacité de travailler, mais encore la volonté d'accepter un travail convenable. Un assuré peut dès lors être inapte au placement au sens de la législation sur l'assurance- chômage même si son incapacité de travail est trop faible pour déclencher un droit à l'obtention d'une rente d'invalidité (TF 9C\_131/2010 du 6 octobre 2010 consid. 6 ; 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 3 ; TFA C 282/05 du 3 mars 2006). En l'espèce, le SDE s'est fondé d'une part sur les certificats médicaux de la Dresse M. \_\_\_\_\_, qui ne sont, comme il a été démontré ci-dessus, pas assez probants pour retenir une incapacité de travail supérieure à 50 %, mais également sur les déclarations de la recourante elle-même, qui a expliqué ne pas souhaiter rechercher un travail. C'est ainsi notamment le fait que la recourante n'était pas disposée à trouver un travail qui a conduit le SDE à nier l'aptitude au placement de la recourante. Les moyens déterminants permettant à l'assurance-chômage de déclarer une personne inapte au placement n'étant pas les mêmes que les moyens permettant de retenir une incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité, la décision du SDE ne permet pas de retenir en l'espèce que la recourante présente une incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité, ce d'autant que la décision du SDE ne démontre pas médicalement une telle incapacité.

- 24 - Au vu de ce qui précède, c'est à raison que le SMR a retenu que l'état de santé de la recourante était resté stationnaire. Il importe peu que le Dr T. \_\_\_\_\_ n'ait pas lui-même vu la recourante, dès lors que les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical, mais ne contiennent par définition pas d'observations cliniques (cf. supra consid. 4). Comme exposé supra, on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante, 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. En l'espèce, aucun document médical au dossier ne permettait de fonder un doute justifiant un examen clinique au SMR ou une expertise externe et l'intimé pouvait ainsi rendre une décision sur la base des appréciations du Dr T. \_\_\_\_\_, qui s'est renseigné à satisfaction de droit

auprès des différents intervenants médicaux. Les rapports médicaux établis entre la décision du 11 avril 2012 et la décision litigieuse ne démontrant aucunement l'existence d'une nouvelle atteinte invalidante à l'état de santé de la recourante, ni l'aggravation des atteintes déjà existantes, c'est à bon droit que l'intimé a considéré que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié depuis la décision du 11 avril 2012 dans une mesure propre à justifier l'augmentation de la rente. c) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.2). La requête de la recourante en ce sens soulevée subsidiairement dans son recours, qu'elle n'a du reste pas confirmée par la suite, doit dès lors être rejetée.

#### **E. 7**

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 25 - 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. 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.