

VD_FINDINFO AA 27/20 - 178/2020 vom 17. November 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-11-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_27_20_-_178_2020

FR: VD_FINDINFO AA 27/20 - 178/2020 du 17 novembre 2020

IT: VD_FINDINFO AA 27/20 - 178/2020 del 17 novembre 2020

Regeste

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE, REJET DE LA DEMANDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE | 17 LPGA

Erwägungen

E. 5

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

E. 6

a) En l'espèce, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr K. _____ du 5 septembre 2019, l'intimée a considéré qu'il n'y avait plus de séquelles de l'accident du 27 mai 2006 influençant la capacité de gain et que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA – dans le sens de la suppression du droit à la rente au 1^{er} novembre 2019 – étaient ainsi réunies, ce que l'intéressé conteste. Est déterminant le point de savoir si une modification est intervenue dans l'état de santé de l'assuré permettant de nier la persistance du lien de

causalité tel qu'il avait été initialement reconnu au moment de l'allocation de la rente. Il convient d'examiner si les considérations médicales résultant de l'expertise du 5 septembre 2019 établissent qu'à la date déterminante de la suppression de la rente, l'état de stress post-traumatique, tel qu'il avait été reconnu dans la précédente expertise du 27 février 2009, était bien en rémission et devenu sans influence sur la capacité de travail. b) Dans son rapport du 5 septembre 2019, l'expert a considéré que l'état de stress post-traumatique léger qu'il avait diagnostiqué dans son précédent rapport était désormais en rémission. L'assuré avait en effet d'emblée indiqué au Dr K. _____, lors de l'examen clinique du 12 juillet 2019, qu'il ne voulait plus évoquer l'agression dont il avait été victime. L'expert a ainsi noté que l'intéressé n'avait pas de réactivité émotionnelle particulière lorsqu'il en parlait un peu. Si l'assuré avait fait état de cauchemars, il avait toutefois ajouté qu'il n'avait pas de flashback durant la journée, vérifiant tout au plus que personne ne le suivait lorsqu'il empruntait des petites rues sombres. Lorsqu'il se trouvait en vacances en [...], il se sentait complètement détendu, libre de toute contrainte ou anxiété. Pour le surplus, l'expert a relevé que l'assuré ne souffrait d'aucune anhédonie, aboulie ou apragmatisme, qu'il travaillait dans sa propre entreprise avec son fils et qu'il avait une vie familiale et sociale intense. Le Dr K. _____ a dès lors constaté que les séquelles légères que l'intéressé présentait auparavant avaient disparu. Le recourant disposait donc d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, sans limitations fonctionnelles, étant précisé qu'il n'en avait pas fait état. Il ressort d'ailleurs tant des fiches de salaire pour les mois d'août 2017 à juillet 2018 que de l'extrait du compte individuel AVS de l'assuré pour les années 2015 à 2017 qu'il exerce une activité à plein temps. L'intéressé soutient à cet égard que le salaire serait social. Selon le principe inquisitorial qui régit la procédure administrative, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles. Ce principe n'est toutefois pas absolu, compte tenu de 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 preuve (ATF 125 V 195 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 375 consid. 3). Les allégations du recourant, restées sans preuve, ne peuvent en conséquence pas être retenues s'agissant d'un éventuel salaire social. En outre, le recourant n'est plus suivi au niveau psychiatrique et ne consulte plus que son médecin traitant, lequel n'est pas spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à raison d'une fois tous les deux mois environ. Or, on rappellera que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Ces éléments transposables par analogie à l'évaluation d'un médecin traitant font défaut en l'espèce. Enfin, l'assuré ne prend pas régulièrement son traitement médicamenteux, ce qui tend également à confirmer les conclusions du Dr K. _____. L'appréciation du Dr K. _____ est par ailleurs cohérente avec la définition et l'évolution de l'état de stress post-traumatique telles que décrites dans la Classification internationale des Maladies – ICD-10 2019, sous F43.1. En effet, le recourant ne présente plus les symptômes autorisant ce diagnostic. Par ailleurs, selon cette classification, l'évolution de cette atteinte est

fluctuante mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité, qu'aucun médecin n'a objectivée ou diagnostiquée dans le cas du recourant. Les conclusions du Dr K. _____ résultent ainsi d'une étude fouillée, menée sur la base d'examens complets du dossier et en pleine connaissance de l'anamnèse. Ce médecin a clairement et de manière convaincante expliqué sa position. Au terme d'un examen global, il a dûment motivé ses conclusions. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue au rapport d'expertise. Pour le surplus, aucune pièce médicale au dossier ne permet de douter de la valeur probante de l'expertise du Dr K. _____. Le recourant ne produit au demeurant aucun rapport médical contredisant les conclusions de l'expert. Il se contente d'alléguer des cauchemars pour requérir un « second avis », ce qui s'avère insuffisant, ce d'autant plus qu'en l'occurrence, l'expert a pris en considération cet élément dans son analyse. Il n'existe en outre pas de droit de principe à une seconde expertise en cas de simple désaccord non objectivé médicalement (TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4 et les références citées).

E. 7

a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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