

VD_FINDINFO AI 389/17 - Numéro vom 13. Dezember 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-12-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_389_17_-_Num_ro

FR: VD_FINDINFO AI 389/17 - Numéro du 13 décembre 2018

IT: VD_FINDINFO AI 389/17 - Numéro del 13 dicembre 2018

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, SIDA, HÉPATITE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 3

). Sur le plan hépatique, ils ont indiqué que la biopsie de décembre 2012 montrait une fibrose importante, de score Metavir A2/F3-4. Une œso-gastro-duodénoscopie (OGD) pratiquée en mars 2015 était revenue dans la norme. Il n'y avait pas de varice œsophagienne et l'aspect de la muqueuse gastrique n'évoquait qu'une gastropathie d'hypertension portale légère. Pour les médecins du Centre hospitalier A. _____, le traitement de l'hépatite C était difficile à envisager en raison de la situation actuellement complexe de leur patiente, de la nécessité d'un reconditionnement prioritaire sur le plan nutritionnel et d'une récurrence de toxicomanie iv, cachée aux médecins précités. Les analyses précisait encore que la fonction rénale restait stable selon le contrôle de débit de filtration glomérulaire (eGFR) entre 48 et 55 ml/min. S'agissant de l'insuffisance rénale, le rapport mentionnait que les investigations étaient en cours. L'assurée a débuté un traitement par Harvoni le 19 novembre 2015 pour une durée de 24 semaines afin de soigner l'hépatite C, montrant une excellente adhésion. Selon le rapport du Dr G. _____ du 30 mars 2016, l'intéressée a très bien supporté les antiviraux, reprenant plus de 6 kg et présentant un excellent moral, ainsi qu'une confiance dans l'efficacité du traitement. Une fois le traitement de l'hépatite C terminé, le Dr G. _____ envisageait une simplification de la trithérapie par Tivicay, une fois par jour. Ce rapport précisait à nouveau que des investigations étaient en cours au Centre hospitalier A. _____ au sujet d'une insuffisance rénale d'origine médicamenteuse probable. L'assurée a, sur mandat de l'OAI, fait l'objet d'une expertise psychiatrique conduite par le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 22 décembre 2016, l'expert n'a pas retenu de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée, exposant un trouble de la personnalité borderline non décompensé (F60.31) et estimant la capacité de travail entière sur le plan psychique. Il a notamment écrit ce qui suit dans le cadre de son appréciation : « Situation actuelle et conclusions : L'assurée présente une impulsivité, des efforts pour éviter l'abandon, des comportements qui pourraient être considérés comme auto-agressifs, une instabilité d'humeur, un sentiment chronique de vide, une instabilité de l'image de soi. Ces éléments correspondent à un trouble de la personnalité borderline (CIM10, F60.31). L'assurée présente un état anxieux fréquent, avec un sentiment d'être survoltée, une fatigabilité, des trous de mémoire, mais pas réellement d'insomnie, pas de baisse d'humeur. Elle maintient une certaine activité même si elle est moindre par rapport au passé. Ce ne sont pas des

arguments pour un trouble dépressif ni un trouble anxieux. Ces symptômes ne sont pas à l'origine de limitations fonctionnelles invoquées par l'expertisée. Il n'y a pas d'élément pour invoquer des limitations fonctionnelles observées lors de notre entretien sur le plan psychiatrique. Au vu de ces symptômes, il n'y a pas de diagnostic différentiel à envisager. Le pronostic, sur le plan psychiatrique, est bon. L'assurée est motivée pour reprendre une activité professionnelle et de manière graduelle. Les mesures thérapeutiques en cours consistent en un suivi psychiatrique à raison d'une fois toutes les deux semaines dans un but de soutien. Ces mesures ont montré une certaine stabilité. L'assurée décrit d'ailleurs une amélioration avec une baisse de fréquence et d'intensité des éléments anxieux. L'assurée prend un traitement anxiolytique sous forme de Xanax 0,5 mg. Ce traitement ne saurait être thérapeutique sur le long terme. Nous pourrions envisager un changement de traitement et favoriser un traitement anti-dépresseur, même si l'assurée ne le désire pas. L'intérêt serait la limitation du risque de dépendance et de tolérance généré par l'anxiolytique et une nette amélioration sur le plan thérapeutique des angoisses. Ces mesures ne sont cependant pas exigibles, la capacité de travail étant entière sur le plan psychique. A noter que l'assurée se plaint à de multiples reprises de difficultés sur le plan physique en lien avec son hépatite et non liées à l'élément psychiatrique. D'ailleurs, la fatigabilité et les angoisses pourraient tout à fait s'expliquer en partie, voire majoritairement, par les traitements multiples sur le plan somatique et les décours de plusieurs années de traitement difficile. Nous estimons qu'il n'y a pas de limitation sur le plan psychiatrique et laissons tout l'attitude à l'Office A.I. pour décider d'une expertise sur le plan de la médecine interne et/ou de l'infectiologie, afin de préciser les éléments liés à l'hépatite et au VIH. » Par avis SMR du 2 février 2017, le Dr M._____ a retenu que le numéro d'infirmité et d'atteinte fonctionnel n'avait pas changé (646/65 ; cf. avis SMR du 27 mars 2014 ci-dessus). Il a estimé qu'il n'existait pas d'argument en faveur d'un trouble psychique invalidant, suggérant la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne pour réévaluer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Par communication du 6 février 2017, l'OAI a informé l'assurée de la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne auprès du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale. Ce dernier a rendu un rapport d'expertise le 28 mai 2017, sur la base d'un entretien avec l'assuré et d'un examen clinique en date du 17 mai 2017, ainsi que du dossier médical de l'expertisée. On extrait de ce rapport ce qui suit :

E. 5

Appréciation du cas et pronostic [...]

E. 5.1

Rappel de l'histoire médicale [...] Les traitements antirétroviraux ont été modifiés à plusieurs reprises avec quadrithérapie dès 1996. Ils ont permis de contrôler l'infection avec une virémie HIV, semble-t-il, toujours indétectable et un taux de CD4 stable malgré une adhésion thérapeutique parfois insuffisante. Des effets secondaires liés aux traitements ont été rapportés à plusieurs reprises et notamment une lipodystrophie ainsi qu'en 2010 une toxicité rénale vraisemblablement au Ténofovir et à l'origine d'une insuffisance rénale modérée avec eGFR aux alentours de 50 ou 55ml/min durant ces dernières années, sans protéinurie et que l'on peut considérer comme stable et non symptomatique. On peut ainsi considérer que l'infection HIV est bien contrôlée sous trithérapie avec virémie indétectable jusqu'à actuellement et des CD4 entre 800 et 1'000 cell/mm³ durant ces 4 ou 5 dernières années. Malgré l'anamnèse familiale positive pour la cardiopathie ischémique, cette

patiente tabagique à 40 UPA n'a jamais manifesté de complications cardio-vasculaires. Ainsi, on peut conclure que l'infection HIV n'est pas assortie de limitation fonctionnelle et que le traitement est actuellement bien toléré, sans annonce d'effets secondaires. Le pronostic est assez proche d'une personne « standard ». Le deuxième problème est constitué d'une hépatite C chronique de génotype 1, d'évolution lentement fibrotique avec score Metavir A2/F3 en 2008, mais aggravée lors de la ponction-biopsie du foie du 22.11.2012 à F3-4. Un traitement de PEG-Interféron/Ribavirine a été instauré du 27.02.2009 au 01.02.2010 mis en échec en raison de difficultés d'adhésion médicamenteuses ainsi que la survenue de troubles psychiques. La virémie était indétectable à 6 semaines mais on a assisté à une rechute rapide avec virémie présente 4 mois après la fin du traitement. Bien que fibrosante, l'hépatopathie n'a jamais été assortie d'une insuffisance hépatique. Le TP est toujours dans la norme. Il n'y a pas d'anémie. Les plaquettes sanguines sont normales. Le taux d'albumine a toujours été correct. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une cholestase avec un taux de phosphatase alcaline normal ainsi que de la bilirubine. Les Gamma-GT sont systématiquement normales, suggérant l'abstinence en regard de l'alcool. Les ASAT et les ALAT sont souvent très légèrement perturbées, ne dépassant pas le double de la norme entre 2013 et 2016. Le taux d'albumine est normal. La répétition des échographies hépatiques ne montre pas d'argument en faveur d'une décompensation ascitique ou du développement d'une lésion focale hépatique.

E. 5.2

Situation actuelle [...] Les tests hépatiques sont annoncés dans la norme et les échographies sans argument suggérant le développement d'un hépatocarcinome, risque toujours potentiel. [...] Ses aptitudes à la communication sont conservées même si elle se plaint de troubles mnésiques, semble-t-il, non confirmés par un examen neuropsychologique. [...]. L'examen clinique est peu relevant à part la lipodystrophie et l'insuffisance pondérale chronique chez cette tabagique active. Il n'est pas rapporté de bronchite chronique ou de dyspnée d'effort. L'examen cardio-pulmonaire est dans la norme. Il en est de même de l'examen neurologique. Nous ne trouvons pas non plus de limitation fonctionnelle à l'examen de l'appareil locomoteur. [...] III. Diagnostics 1. Diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail : Actuellement, aucun. 2. Diagnostic n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail : - Infection HIV stade CDC B3 diagnostiquée en 1982. - Evolution viro-immunologique favorable sous quadrithérapie. - Lipodystrophie médicamenteuse. - Insuffisance rénale chronique stade III. - Hépatite C chronique génotype I. - Hépatopathie avec score Metavir A2/F3-4 en 2012. - Réponse virale persistante après traitement de 24 semaines d'Harvoni en novembre 2015. - Insuffisance rénale chronique stade III. - Tabagisme actif (environ 40 UPA). - Syndrome de dépendance à l'alcool avec abstinence actuelle. - Syndrome de dépendance à l'héroïne avec abstinence actuelle. - Insuffisance pondérale avec BMI à 16,0 kg/m³. [...] IV. Traitement et réadaptation [...]

E. 7

a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base

d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_550/2017 du 12 janvier 2018 consid. 4) b) En l'occurrence, le dossier permet à la Cour de statuer en toute connaissance de cause dans un dossier bien documenté par deux expertises convaincantes (cf. en particulier consid. 5 ci-dessus), de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise, telle que requise par l'intéressée.

E. 8

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que la recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA). d) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'espèce, Me Treyvaud a produit une liste de ses opérations le 26 novembre 2018, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat (710 minutes, soit 11h50) et des débours (73 fr.) s'inscrivant raisonnablement dans l'exercice de sa tâche (ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Treyvaud s'élève donc à 2'372 fr. 65, y compris la TVA de 7,7 %. La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service judiciaire et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

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