

VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 118 vom 25. März 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-03-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2009__118

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 118 du 25 mars 2009

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2009 / 118 del 25 marzo 2009

Regeste

RECONSIDÉRATION, RENTE D'INVALIDITÉ | 53 al. 2 LPGA

Erwägungen

E. 1

er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de dite loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 LPA-VD).

E. 2

Il n'est pas contesté, en l'espèce, que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié depuis la décision initiale de rente du 8 janvier 1999 dans une mesure telle qu'une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA serait justifiée; est seule litigieuse la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA à laquelle a procédé l'intimé, le recourant faisant en substance valoir que la décision en cause n'était pas manifestement erronée, respectivement que sa rectification ne revêt pas une importance notable.

E. 3

a) Conformément à un principe général du droit des assurances sociales, aujourd'hui consacré à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 117 V 8, consid. 2a et les références; ATF 9C_447/2007 du 10 juillet 2008, consid. 1). Pour apprécier s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 475, consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de

droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (ATF 9C_359/2007 du 8 mai 2008, consid. 2 et les références). b) Le juge des assurances sociales 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 avis 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 plutôt que sur une autre (ATF I 274/05 de 21 mars 2006, consid. 1.1). Selon la jurisprudence, 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 en considération les plaintes exprimées par l'assuré, 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 de l'expert soient dûment 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 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1 et les références).

E. 4

a) En l'espèce, il convient d'examiner si la décision initiale du 8 janvier 1999 était entachée d'une inexactitude manifeste, propre à justifier une reconsidération. L'office a alors alloué une rente entière au recourant, fondée sur une incapacité totale de travail, sur la seule base du rapport médical établi le 15 avril 1998 par le Dr Q._____, son médecin traitant; les rapports établis par la Division de cardiologie qui y étaient annexés, s'ils confirmaient en substance le diagnostic de maladie coronarienne posé par ce praticien, ne contenaient en effet aucune indication sur la capacité de travail résiduelle de l'intéressé dans son activité habituelle de soudeur-monteur, respectivement dans une activité adaptée à son handicap, pas plus que sur les limitations fonctionnelles résultant de ses atteintes. Or, le Dr Q._____ ne se prononçait pas clairement sur la capacité de travail du recourant, se limitant à relever qu'il ne travaillait plus depuis le 13 janvier 1997, et que la mise en œuvre de mesures professionnelles ne lui paraissaient pas indiquées dans le cas d'espèce. Le rapport établi le 28 novembre 2000 par ce même médecin - sur lequel l'intimé s'est fondé pour maintenir la rente entière octroyée à l'intéressé, dans le cadre d'une première procédure de révision - n'est guère plus étayé; il y est en substance fait mention de ce que son état de santé est stationnaire, et qu'il ne se sent apte pour aucun travail, même adapté. Dans le cadre de la seconde procédure de révision mise en œuvre, l'OAI a interpellé le Dr Z._____, cardiologue traitant de l'intéressé, lequel a indiqué que celui-ci ne présentait ni n'avait jamais présenté d'incapacité de travail d'au moins 20 % sur le plan cardiologique, précisant par ailleurs qu'il n'y avait "pas d'invalidité cardiologique"; les résultats de l'électrocardiogramme et de l'échocardiographie étaient ainsi "normaux", l'ergométrie, négative, objectivant en outre une bonne capacité fonctionnelle. Comme le relève à juste titre l'intimé, l'appréciation de ce praticien doit à l'évidence être préférée, sur le plan cardiologique, à celle du Dr Q._____, dès lors que le Dr Z._____ est un spécialiste de ce domaine, que son appréciation est confirmée par les résultats d'examens complémentaires, enfin qu'il suit l'intéressé depuis le mois d'août 1998 - soit dès avant que la décision initiale n'ait été rendue. b) Cela étant, le recourant soutient qu'il présente d'autres atteintes que sur le seul plan cardiologique, de sorte que l'appréciation du Dr Z._____ ne permettrait pas de porter une appréciation fiable sur son état de santé global, singulièrement

sur sa capacité de travail résiduelle; il en conclut principalement au maintien de son droit à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Cet argument ne saurait manifestement être suivi s'agissant de la décision initiale du 8 janvier 1999, le Dr Q. _____ n'ayant posé dans son rapport du 15 avril 1998 que le seul diagnostic de "maladie coronarienne plusieurs fois dilatée". Quant aux autres atteintes mentionnées par ce même médecin dans ses rapports ultérieurs - hypertension artérielle, hyperlipidémie, dépression nerveuse (rapport du 28 novembre 2000); hypertension artérielle, dépression nerveuse, gonalgies sur arthrose et diabète (rapport du 25 avril 2006) -, elles ne sauraient être considérées d'une gravité telle qu'elles auraient des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé, respectivement qu'elles justifieraient la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaire. En particulier, en l'absence de suivi sur le plan psychiatrique et de traitement antidépresseur, le diagnostic de dépression nerveuse, au surplus posé par un médecin généraliste, ni la prescription d'un médicament anxiolytique ne sauraient remettre en cause la pleine exigibilité à laquelle a conclu le Dr W. _____ du SMR; il en va de même, à l'évidence, de l'hypertension artérielle, de l'hyperlipidémie et du diabète, étant au demeurant précisé à cet égard que le diagnostic d'hyperlipidémie ne figure plus dans le rapport établi le 25 avril 2006 par le Dr Q. _____, d'une part, que ce praticien a lui-même posé celui de diabète dans les atteintes sans répercussion sur la capacité de travail, d'autre part. Enfin, le rapport d'IRM lombaire du 4 décembre 2007, produit par l'intéressé à l'appui de son recours, ne fait état d'aucune atteinte significative, de sorte qu'il n'y a pas lieu de compléter l'instruction du cas concernant le diagnostic de "gonalgies sur arthrose" posé par le Dr Q. _____. c) Il résulte de ce qui précède que la décision initiale du 8 janvier 1999, qui faisait sienne sans autre examen l'opinion - au surplus peu étayée - du médecin traitant du recourant, était manifestement erronée. Dès lors qu'aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée sur le bien-fondé de celle-ci et que, portant sur des prestations périodiques, sa rectification revêt une importance notable, la modification de cette décision par voie de reconsidération est fondée et doit être confirmée. Il n'y a pas lieu de donner suite à la requête présentée par le recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire complémentaire, le dossier de la cause étant suffisamment instruit pour permettre à l'autorité de céans de statuer.

E. 5

Il en résulte que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise. Aux termes de l'art. 69 al. 1bis, 1^{ère} phrase, LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), lequel déroge au principe général de 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. En l'espèce, il convient d'arrêter le montant de ces frais à 500 fr. et de les mettre à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (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.