

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 130 vom 19. Mai 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-05-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2011\\_\\_130](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__130)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 130 du 19 mai 2011

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2011 / 130 del 19 maggio 2011

## Regeste

FORCE PROBANTE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, RAPPORT MÉDICAL | 17 al. 1 LPGA, 43 al. 1 LPGA

## Erwägungen

### E. 1

let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

c) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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, 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 et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I\_81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, 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 confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitant 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C\_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos

que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2; 123 V 175 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_671/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4).

#### **E. 4**

a) L'intimé a fondé la décision initiale d'allocation de rente du 10 juillet 2001 sur les rapports médicaux du Centre pluridisciplinaire d'oncologie du CHUV. Les médecins ont diagnostiqué en septembre 2000 et mars 2001, en sus de la maladie de Hodgkin, un syndrome pulmonaire restrictif, une toux chronique, une paralysie diaphragmatique droite post-chirurgicale et un status après douleurs aiguës du membre inférieur gauche. Ils ont retenu un état de santé stationnaire, une capacité résiduelle de travail nulle dans l'activité habituelle et une capacité de travail non exigible en l'état actuel compte tenu de la maladie oncologique grave en rémission partielle avec d'importantes séquelles post-chimiothérapie et radiothérapie. En raison du traitement médical lourd et de l'impossibilité, pour l'heure, de reprendre une activité professionnelle, une rente entière d'invalidité a été allouée à l'assuré dès le 1<sup>er</sup> août 2000. Pour statuer sur la première révision du droit à la rente, l'intimé s'est fondé sur le rapport médical du 29 février 2008 du médecin traitant et sur l'avis du SMR du 25 août 2008. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a observé que la maladie de Hodgkin était en rémission depuis environ 2001 et que les traitements très intensifs chimio- et radiothérapeutiques avaient laissé des séquelles sous forme d'un syndrome pulmonaire restrictif et d'une paralysie diaphragmatique droite postopératoire, une asthénie avec fatigue et une fatigabilité accrue. Il a diagnostiqué également un syndrome de l'apnée du sommeil et un état dépressif plurifactoriel. Dans ces conditions, il a estimé que le patient était à même de travailler à temps partiel (environ 50%) dans une activité sédentaire de type employé de bureau. Sur la base de ces observations, le SMR, par le Dr G. \_\_\_\_\_, a admis que l'assuré avait retrouvé une capacité de travail raisonnablement exigible à 50% dès le mois de janvier 2008, retenant comme limitations l'asthénie et la fatigabilité. Partant, l'OAI a décidé, le 26 mars 2009, de remplacer la rente entière allouée depuis août 2000 par un quart de rente d'invalidité – retenant un degré d'invalidité de 48.55% –, ce qu'elle a confirmé par décision du 2 juin 2009. Le médecin traitant, dont l'avis est partagé par le SMR, corollairement l'OAI, ne démontre pas, de façon circonstanciée, que l'état de santé du recourant s'est amélioré et que les troubles constatés lors de l'examen permettent désormais d'exiger la reprise d'une activité professionnelle à temps partiel. En effet, les diagnostics posés par le Dr F. \_\_\_\_\_ en 2008 se recoupent avec ceux posés en 2000 et 2001 par le Centre pluridisciplinaire d'oncologie (syndrome pulmonaire restrictif et paralysie diaphragmatique droite postopératoire), alors que les conclusions diffèrent sans autre explication (capacité de travail non exigible pour le CHUV et capacité de travail à temps partiel pour le médecin traitant). Dans la mesure où il conclut à la reprise d'une activité professionnelle à 50%, le Dr F. \_\_\_\_\_ admet implicitement une amélioration de l'état de santé du patient, bien qu'il relève de nouvelles séquelles : une asthénie avec fatigue et une fatigabilité accrue. Force est de constater que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation sont lacunaires et qu'il apparaît difficile d'appréhender, sur la base de ce seul avis, la modification de la capacité de travail du recourant. Il sied dès lors d'examiner si les rapports médicaux déposés ceans dans le cadre de la procédure de recours sont à même de justifier le maintien de la position de l'intimé et, corollairement, de confirmer la décision attaquée. b) Le 25 août 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_, généraliste FMH et spécialiste en médecine psychosomatique SSMPP, observe des problèmes de concentration et des troubles

mnésiques. Il diagnostique un état dépressif grave, conséquence des déboires de sa vie conjugale et familiale, sans toutefois décrire le status psychiatrique ni l'influence sur la capacité de travail. Il rappelle que le patient souffre de hernies discales l'empêchant "de faire des activités faciles, voire même la vaisselle". Sans mentionner les activités raisonnablement exigibles et les limitations imposées, il estime la capacité de travail de l'intéressé à un taux ne dépassant pas 30%. Huit mois plus tard, le 30 avril 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_ évalue à 50% la capacité de travail de l'assuré en raison des douleurs dorsales, passant – à nouveau – outre les limitations fonctionnelles qu'elles engendrent. Bien qu'il soit mentionné que le patient est fortement déprimé, ne voit plus de but dans sa vie, évoque des idées suicidaires, souffre d'une anhédonie, d'un manque d'intérêt pour autrui et de troubles du sommeil, l'état dépressif semble n'avoir aucune incidence sur la capacité de travail ("Le problème concernant sa capacité de travail réside certainement dans le fait de ses problèmes de dos", "Compte tenu de ses problèmes de dos on peut s'imaginer qu'il pourrait effectuer un travail à environ 50%", cf. rapport du 30 avril 2010 pt 6 et 7). Dans son rapport du 15 septembre 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_ pose le même diagnostic que le 29 février 2008 (syndrome pulmonaire restrictif, paralysie diaphragmatique, asthénie, fatigabilité, syndrome de l'apnée du sommeil, état dépressif) auquel s'ajoutent une hypothyroïdie, un excès pondéral et une hypercholestérolémie. Il estime que ce tableau clinique complexe empêche le patient d'exercer une activité lucrative à un taux normal et évalue entre 30% et 50% la capacité de travail du patient dans une activité adaptée, sans exposer les limitations rencontrées ni les activités raisonnablement exigibles. Le 27 avril 2010, il justifie la différence d'évaluation – 50% d'incapacité de travail en février 2008 et 30% à 50% en septembre 2009 – par la persistance d'une symptomatologie résiduelle due aux traitements lourds (essentiellement chimio- et radiothérapie prolongées) que la maladie de Hodgkin a nécessité durant de nombreux mois, ainsi que des pathologies associées (hypothyroïdie, syndrome pulmonaire restrictif, syndrome de l'apnée du sommeil) contribuant à une limitation supplémentaire de la capacité de travail. Or, l'on constate que la symptomatologie résiduelle due aux traitements de chimio- et radiothérapie ainsi que les pathologies associées sont énoncées dans les rapports du Dr F.\_\_\_\_\_ ; rien ne laisse supposer qu'il n'en ait pas tenu compte précédemment pour évaluer la capacité de travail. Par ailleurs, le médecin confirme, au terme du rapport du 27 avril 2010, qu'aucun nouvel élément médical n'est apparu dans l'intervalle. Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que la motivation relative à la diminution de 20% de la capacité de travail fait défaut. Examinant tour à tour les rapports du Dr R.\_\_\_\_\_ (25 août 2009 et 30 avril 2010) et ceux du Dr F.\_\_\_\_\_ (15 septembre 2009 et 27 avril 2010), le SMR, par le Dr G.\_\_\_\_\_, a dénié toute valeur probante suffisante aux premiers et a constaté l'absence de précisions chez les seconds. Il a considéré que l'ensemble de ces rapports comportaient un certain nombre d'imprécisions, voire d'incohérences, et des indications contradictoires. Analysant synthétiquement les capacités de travail attestées, il a retenu que celles-ci passaient de 50% à 30% pour le Dr F.\_\_\_\_\_ et de 30% à 50% pour le Dr R.\_\_\_\_\_. En dépit de ces constatations, le Dr G.\_\_\_\_\_ a accordé pleine valeur probante au rapport du 29 février 2008 du Dr F.\_\_\_\_\_, motif pris qu'aucun élément ne permettait de remettre en cause la première appréciation du médecin traitant. Dans la continuité des observations du Dr R.\_\_\_\_\_, seul médecin à diagnostiquer des problèmes de concentration et des troubles mnésiques, une évaluation neuropsychologique a été réalisée le 7 juin 2010. Le Prof. X.\_\_\_\_\_, chef du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation au CHUV, a décelé des troubles mnésiques sévères, une dysfonction exécutive et des troubles

attentionnels. Elle a admis que pour une activité relativement simple au taux exigible de 50%, la capacité de travail résiduelle devait se situer entre 20 et 25%. A contrario, l'imagerie cérébrale réalisée le 29 juin 2010 s'est révélée normale, sans manifestation tumorale visualisée. La cour ne saurait dès lors se prononcer sur les troubles neurologiques du recourant, dans la mesure où un doute subsiste quant à leur existence. c) En conclusion, les Dr F.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ s'accordent à dire que la maladie de Hodgkin est en rémission depuis 2001 et retiennent unanimement les symptômes de fatigabilité et d'asthénie. Cependant, leurs avis diffèrent sur les séquelles de la maladie oncologique, sur certains symptômes apparus ultérieurement et, particulièrement, sur la capacité de travail raisonnablement exigible. A tour de rôle, les médecins traitant évaluent cette dernière entre 30 et 50% sans démontrer, de façon circonstanciée, l'amélioration ou la dégradation de l'état de santé du recourant, alors que le Prof. X.\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail résiduelle se situant entre 20 et 25% en raison de problèmes neuropsychologiques. Au demeurant, les médecins font abstraction des limitations fonctionnelles du recourant et ne décrivent nullement les activités dans lesquelles ce dernier peut encore œuvrer. Il en est de même concernant l'état dépressif grave tel que diagnostiqué par les Drs F.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, dans la mesure où le patient n'a pas bénéficié d'un conseilium psychiatrique et que les conséquences sur la capacité de travail n'ont jamais été explicitées. Force est dès lors de reconnaître que la motivation exposée dans les rapports médicaux au fil des trois dernières années ne saurait emporter la conviction de la Cour. d) A l'aune de ce qui précède, la Cour ne saurait se rallier à l'avis de l'OAI selon lequel le recourant présente une capacité de travail raisonnablement exigible de 50%. L'avis du SMR à ce sujet est fondé sur des rapports médicaux comportant des imprécisions et incohérences, de sorte que l'estimation qui en découle ne peut être considérée comme pleinement probante. L'état de santé du recourant s'est certes modifié depuis l'évaluation de 2001 ayant conduit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité mais au vu des conclusions médicales insuffisamment motivées, il est impossible, en l'état, de déterminer l'impact des séquelles et symptômes actuels sur la capacité de travail du recourant. Ne pouvant statuer sur la base du dossier, il convient de renvoyer la cause à l'OAI pour compléments d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire portant sur les diverses affections dont est atteint le recourant, sur les plans somatique et psychiatrique.

## **E. 5**

L'admission du recours entraîne l'annulation de la décision attaquée. Il convient de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle décision, après instruction complémentaire au sens des considérants (cf. art. 90 LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Cette solution est plus expédiente que la mise en œuvre, par le tribunal, d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire. Il incombe en effet au premier chef aux offices AI d'évaluer l'invalidité en mettant en œuvre d'office toutes les mesures d'instruction nécessaires (cf. art. 57 al. 1 let. e et f LAI).

## **E. 6**

Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 52 LPA-VD). Le recourant obtient gain de cause dans la mesure où la décision attaquée est annulée. Assisté par un avocat, employé d'une organisation d'aide aux invalides, il a donc droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 consid. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui

succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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