

VD_GERICHTE ZD07.038974 vom 25. März 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-03-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD07.038974

FR: VD_GERICHTE ZD07.038974 du 25 mars 2009

IT: VD_GERICHTE ZD07.038974 del 25 marzo 2009

Erwägungen

E. 13

janvier 1997. Etait notamment annexé un rapport établi le 19 mars 1998 par la Division de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), dans lequel étaient posés le diagnostic principal de maladie coronarienne monotronculaire (athéroscléreuse), les diagnostics secondaires de status post-angioplastie et endoprothèse coronaire sur l'artère coronaire circonflexe en février 1997, de status post-angioplastie pour resténose dans l'endoprothèse en juillet 1997 et de status post-angioplastie pour resténose dans l'endoprothèse en novembre 1997, ainsi que les comorbidités d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie et de tabagisme chronique; il n'était fait aucune mention de la capacité de travail résiduelle de l'intéressé, ni des limitations fonctionnelles résultant de ses atteintes. Par projet de décision du 1er septembre 1998, confirmé par décision du 8 janvier 1999, l'office a octroyé à l'assuré une rente entière, avec effet dès le 1er janvier 1998. L'OAI indiquait que, selon les renseignements en sa possession, l'intéressé présentait une incapacité de travail de 100 % dès le 13 janvier 1997 en raison de ses problèmes de santé. B. Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente, le Dr Q. _____ a établi un rapport le 28 novembre 2000, posant les diagnostics

- 3 - de status après dilatation coronarienne avec pose de stent en 1997, d'angioplasties complémentaires à 2 reprises pour resténoses, d'hypertension artérielle, d'hyperlipidémie, enfin de dépression nerveuse. Ce médecin indiquait que l'état de santé de l'intéressé était stationnaire, et précisait, sans se prononcer expressément sur sa capacité de travail, ce qui suit: "Le patient ne se sent apte pour aucun travail, même adapté, car il ressent encore des douleurs thoraciques, il est déprimé et angoissé". Par prononcé du 26 mars 2001, l'office a maintenu la rente entière octroyée à l'assuré, indiquant que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Il résulte d'une fiche d'examen interne à l'OAI du même jour que la procédure de révision suivante était prévue 5 ans plus tard. C. Dans un questionnaire pour la révision de la rente complété le

E. 14

mars 2006, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé depuis 1 à 2 ans, avec notamment l'apparition d'un diabète. Interpellé par l'office, le Dr Q. _____ a établi un rapport le 25 avril 2006, posant comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressé les diagnostics de maladie coronarienne, d'hypertension artérielle, de dépression nerveuse et de gonalgies sur arthrose (le diagnostic de diabète étant réputé sans répercussion sur la capacité de travail); ce praticien mentionnait que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, et précisait qu'aucune activité n'était exigible de sa part, en raison de la maladie coronarienne et d'angor malgré le traitement. A la question de l'office, l'assuré a indiqué qu'il était suivi par le Dr Z. _____, cardiologue, et qu'il ne faisait l'objet d'aucun suivi psychiatrique. Dans un rapport établi le 12 juillet 2006, le Dr Z. _____,

cardiologue traitant de l'intéressé depuis 1998, a retenu comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail le seul diagnostic de douleurs

- 4 - thoraciques atypiques (existant depuis 1998), les diagnostics de status post-angioplastique artère coronaire droite, de coronarographie de contrôle et de coronaropathie monotronculaire de la droite, lésions jugées non significatives, étant réputés sans répercussion sur la capacité de travail. Concernant ses constatations objectives, respectivement les résultats d'examens médicaux spécialisés, ce praticien mentionnait ce qui suit: "ECG [électrocardiogramme] normal Ergométrie négative objectivant une bonne capacité fonctionnelle Echocardiographie normale" A son sens, l'intéressé ne présentait ni n'avait jamais présenté aucune incapacité de travail d'au moins 20 % sur le plan cardiologique, le pronostic étant toutefois qualifié d'imprévisible. Dans un avis médical du 4 septembre 2006, le Dr W. _____ du Service médical régional AI (SMR) a proposé que le Dr Z. _____ soit interpellé notamment quant aux éventuelles limitations fonctionnelles cardio-vasculaires présentées par l'assuré, quant à sa capacité de travail médico-théorique dans son activité habituelle de soudeur, respectivement dans une activité adaptée, ainsi que quant à l'évolution de son état de santé depuis 1998. Par écriture du 19 septembre 2006, le Dr Z. _____ a renvoyé à cet égard à son rapport du 12 juillet précédent, respectivement à l'appréciation du Dr Q. _____, médecin traitant de l'intéressé. Le Dr W. _____ a rendu un nouvel avis le 9 novembre 2006, relevant notamment ce qui suit: [...] "La rente a été octroyée en 1998 après que seul le médecin traitant se soit prononcé sur la capacité de travail." [...] "Les estimations de la capacité de travail par ces deux médecins [i.e. les Drs Q. _____ et Z. _____] sont contradictoires. L'avis du Dr Z. _____ doit être privilégié parce qu'il repose sur des arguments médicaux objectifs (ergométrie, échocardiographie) d'une part et qu'il émane d'un spécialiste FMH en cardiologie, mieux à même d'évaluer les limitations fonctionnelles cardiaques d'autre part. Le Dr Q. _____ fait état d'une «dépression nerveuse», qui ne fait l'objet d'aucune prise en charge psychiatrique, d'aucun traitement

- 5 - antidépresseur et n'a nécessité aucune hospitalisation psychiatrique. Elle ne peut pas être considérée comme incapacitante au sens de l'AI et ne justifie pas d'investigation complémentaire. En conclusion, en l'absence de limitations fonctionnelles médicalement justifiées, la capacité de travail est entière, comme l'atteste le Dr Z. _____." L'office a, le 20 novembre 2006, soumis un projet de décision à l'assuré dans le sens de la suppression de la rente dont il bénéficiait, retenant en substance qu'il ne présentait plus d'invalidité sur le plan cardiologique. L'intéressé, représenté par son conseil l'avocat Alexandre Bernel, s'est déterminé sur ce projet de décision par écriture du 8 janvier 2007, faisant valoir qu'il n'avait pas été tenu compte de ses atteintes autres que sur le plan cardiologique. Ainsi, le SMR avait indiqué que la "dépression nerveuse" retenue par le Dr Q. _____ ne faisait l'objet d'aucun traitement antidépresseur, alors qu'il se voyait prescrire du Lexotanil (déjà mentionné dans le rapport du 28 novembre 2000); était annexé à cet égard une ordonnance établie le 19 décembre 2006 par ce praticien, dans laquelle figurait notamment ce médicament. Il convenait dès lors, à son sens, d'interpeller le Dr Q. _____ quant à ses affections invalidantes, en particulier quant à la nature et à l'ampleur du trouble psychiatrique diagnostiqué, voire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Dans un avis du 10 octobre 2007, le Service juridique de l'OAI a indiqué qu'à la lecture des pièces médicales versées au dossier, l'état de santé de l'intéressé ne s'était pas amélioré de manière significative, de sorte qu'il n'y avait aucun motif de révision des prestations qui lui étaient

octroyées. En revanche, dans la mesure où l'exigibilité dans une activité adaptée n'avait aucunement été investiguée – ni par un spécialiste en cardiologie ni par la division de réadaptation de l'AI –, la décision initiale du 8 janvier 1999 devait être considérée comme manifestement erronée; pour autant que sa rectification revêtît une importance notable, elle pouvait en conséquence faire l'objet d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale

- 6 - du droit des assurances sociales, RS 830.1). Le Service juridique proposait dès lors que le Dr W. _____ du SMR soit interpellé sur la nécessité d'un complément d'instruction, compte tenu des arguments – notamment concernant la prescription de Lexotanil – avancés par l'assuré dans ses déterminations du 8 janvier 2007. Le Dr W. _____ a rendu un avis le 19 novembre 2007, relevant que le Lexotanil, dont les indications concernaient les états d'anxiété, ne faisait pas partie des antidépresseurs, n'avait pas d'effet antidépresseur et n'était pas reconnu dans cette indication; une "dépression nerveuse" traitée par ce seul médicament n'était dès lors pas constitutive d'un "épisode dépressif" au sens de la CIM-10. Ce médecin confirmait en conséquence les conclusions de son précédent avis du 9 novembre 2006. Par décision datée du 20 novembre 2006 (recte: 2007), l'office a confirmé son projet de décision dans le sens de la suppression de la rente octroyée à l'assuré, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant sa notification. Cette décision était accompagnée d'une motivation adressée le 19 novembre 2007 au conseil de l'intéressé, selon laquelle la décision initiale du 8 janvier 1999, respectivement le prononcé du 26 mars 2001, étaient manifestement erronés dans la mesure où ils étaient fondés sur le seul avis du médecin traitant. Une reconsidération était en l'espèce justifiée, étant précisé que la capacité de travail de l'assurée était réputée pleine et entière, l'appréciation du Dr Z. _____, qui reposait sur arguments médicaux objectifs et émanait d'un spécialiste FMH en cardiologie, devant à cet égard être préférée à celle du Dr Q. _____. Il était précisé qu'un éventuel recours dirigé contre cette décision n'aurait pas d'effet suspensif. D. E. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a formé recours contre cette décision par acte du 20 décembre, concluant principalement à sa réforme dans le sens du maintien de la rente entière qui lui était octroyée, subsidiairement à son annulation. Il a fait valoir, en substance, que l'avis ultérieur du Dr Z. _____ ne suffisait pas à considérer comme

- 7 - manifestement erronée la décision initiale du 8 janvier 1999, ce d'autant moins que cet avis ne portait que sur les seuls aspects cardiologiques du cas, et ne permettait dès lors pas de porter une appréciation fiable sur son état de santé global. En l'état, le dossier ne permettait ainsi pas de dire si la rectification de cette décision initiale revêtirait une importance notable au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, raison pour laquelle l'intéressé avait requis, dans le cadre de la procédure de première instance, que des renseignements complémentaires soient recueillis auprès de son médecin traitant, subsidiairement qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre; le fait que l'office n'ait pas donné suite à ces réquisitions constituait à son sens une violation de son droit d'être entendu, justifiant l'annulation de la décision entreprise. Etait en outre requise la restitution de l'effet suspensif, ainsi que, dans la mesure où l'autorité de céans ne considérerait pas qu'une révision ou une reconsidération de la décision initiale du 8 janvier 1999 était d'emblée exclue, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, à confier au Centre d'expertise de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne. Etait enfin annexé un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 4 décembre 2007, lequel avait conclu ce qui suit: "Canal lombaire dans les limites inférieures de la norme en L2-L3 et en L3-L4. Protrusions discales

étagées postéromédianes légèrement sténosantes en L3-L4, en L4-L5 et en L5-S1. Arthrose inter-facettaire en L4-L5 et en L5-S1 susceptible d'irriter la racine S1 gauche à son émergence." Dans sa réponse du 30 janvier 2008, l'OAI a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif, respectivement, sur le fond, au rejet du recours. Par courrier du 12 février 2009, le recourant a confirmé sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Par courrier du 23 février 2009, il a expressément renoncé à répliquer, renvoyant aux motifs et conclusions contenues dans son acte de recours.

- 8 - Par jugement incident du 21 février 2008, le Tribunal des assurances a rejeté la requête de l'effet suspensif déposée par l'intéressé. Dans sa duplique du 10 mars 2009, l'office s'est opposé à la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire requise, le dossier étant à son sens clair et ne comportant pas de lacunes. Par courrier du 23 mars 2009, le recourant a précisé que la mise en œuvre de l'expertise en cause n'était requise qu'à titre subsidiaire, dans l'hypothèse où l'autorité de céans ne se considérerait pas en position de réformer d'emblée la décision attaquée dans le sens des conclusions du recours. E n d r o i t : 1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en temps utile; il est en outre recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA- VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1er 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). 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.

- 9 - 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. 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

- 10 - 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). 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

- 11 - 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

- 12 - 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.

- 13 - 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, 1ère phrase, LAI (loi fédérale du

E. 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).