

# **VD\_GERICHTE ZD08.015745 vom 17. Mai 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-05-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD08.015745](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.015745)

FR: VD\_GERICHTE ZD08.015745 du 17 mai 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD08.015745 del 17 maggio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

L'opposition est rejetée;

### **E. 2**

Sont litigieuses d'une part la question de l'obligation faite à la recourante de restituer les prestations touchées du 1er septembre 2001 au 31 août 2005, et d'autre part celle de l'aggravation de l'état de santé de celle-ci dès le mois de février 2007.

### **E. 3**

a) Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

- 17 - En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité, RS 831.20]). Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (cf. actuellement l'art. 28 LAI, dont la teneur est identique), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois- quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, il doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les

- 18 - conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour le seul motif qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical ait été établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2 et les références citées).

#### **E. 4**

a) D'après l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1er); de même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Aux termes de l'art. 87 alinéa 2 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201), la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du degré d'invalidité ou d'impotence, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du degré d'invalidité ou d'impotence. L'art. 88a al. 1er RAI dispose que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que

- 19 - son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Aux termes de l'art. 88bis al. 2 RAI, en cas de révision, la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b). b) Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA du 25 septembre 2006 I

755/04). Selon l'art. 77 RAI, l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité, le lieu

- 20 - de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. L'art. 31 al. 1 LPGA dispose que l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. Le devoir d'annoncer s'apprécie selon les circonstances particulières. Ce qui est décisif, c'est l'étendue de l'attention que doit avoir la personne tenue à l'obligation d'annoncer compte tenu de sa formation et de ses aptitudes (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd. 2009, p. 448, n. 11). Un comportement fautif est nécessaire mais une négligence légère suffit (Kieser, ibidem). c) Aux termes de l'art. 25 al. 1er LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut toutefois être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. L'al. 2 de cette disposition prévoit que le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant. L'art. 2 al. 1 OPGA (ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002, RS 830.11) précise que sont soumis à l'obligation de restituer notamment le bénéficiaire des prestations allouées ou ses héritiers (let. a). L'art. 3 al. 1 OPGA ajoute que l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision.

## **E. 5**

En l'espèce, l'OAI considère que le droit à la rente doit être supprimé à partir du 1er septembre 2001, au motif que l'état de santé de l'assurée s'est objectivement amélioré et que son degré d'invalidité n'est

- 21 - désormais plus suffisant pour lui ouvrir le droit à la rente; il a en outre requis la restitution des montants versés à tort du 1er septembre 2001 au 30 juin 2005, admettant à cet égard de rectifier sa décision en ce sens que les montants versés pour les rentes de juillet et août 2005 ne doivent pas être restitués. De son côté, la recourante, qui ne conteste pas avoir repris une activité lucrative dès le mois de mai 2001, fait valoir que la précarité de son état de santé, étant en rémission d'un cancer du sein droit diagnostiqué en 2000, l'a conduite à douter que sa reprise d'activité ait un caractère durable et définitif, s'attendant à une rechute ou des complications et se prévaut de sa bonne foi, s'étant laissé dire qu'aussi longtemps que ses revenus et la rente perçue ne couvriraient pas ensemble le salaire qu'elle touchait auparavant, elle n'avait pas à annoncer la reprise d'une activité professionnelle. Elle fait en outre valoir qu'elle est à nouveau totalement incapable de travailler depuis février 2007, date dès laquelle elle a présenté une rechute, avec douleurs osseuses et progression tumorale cervicale, costale et fémorale. a) S'agissant en premier lieu de la rechute annoncée à compter du mois de février 2007, il convient de constater, avec l'office intimé, que la recourante présente à nouveau une incapacité de travail totale pour la part active attestée médicalement, depuis février 2007. A cet égard, on rappellera les diagnostics à caractère incapacitant retenus par le Dr Z.\_\_\_\_\_ en décembre 2008, soit un carcinome

invasif du sein droit, une progression osseuse, cervicale, costale et fémorale droit, un status après stabilisation et fixation cervicale ainsi qu'une progression osseuse en janvier et juillet 2008. Cet oncologue indiquait que l'incapacité de travail était totale depuis février 2007, précisant qu'à son avis, la reprise d'une activité professionnelle était exclue. Le Dr A.\_\_\_\_\_ retenait également, dans son rapport médical du 9 décembre 2008, une incapacité de travail totale depuis février 2007, soulignant qu'aucune activité n'était possible. Dans l'avis médical SMR du 25 février 2009, le Dr S.\_\_\_\_\_ se référait aux deux avis précités et concluait que la progression de la maladie cancéreuse justifiait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis février 2007. En outre, l'enquête ménagère menée en cours de procédure a permis d'établir que l'assurée présentait à ce titre

- 22 - des empêchements évalués à 33,5%. Par conséquent, le taux d'invalidité global s'élève à 73% et ouvre le droit à une rente entière à compter du 1er février 2008, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). Dès lors que le droit à une rente entière doit être reconnu dès le 1er février 2008, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale complète de son état de santé. b) S'agissant ensuite de la question de la restitution des prestations versées du 1er septembre 2001 au 30 juin 2005, il est établi, et du reste non contesté, que la recourante a exercé depuis le mois de mai 2001 une activité d'aide-soignante en EMS à 60%. Elle avait toutefois été considérée comme active à 50% et ménagère à 50% lors de la décision initiale d'octroi de rente ayant conduit l'office intimé à retenir un taux d'invalidité de 72% dès le 1er février 1991, ouvrant droit à une rente entière. Ce taux a au demeurant été confirmé lors des procédures de révision d'office du droit à la rente entreprises en 1995 et en 2000. Or la révision du dossier de la recourante entreprise en 2005 a mis en évidence qu'à partir du mois de mai 2001, l'intéressée avait repris une activité salariée au taux de 60%. En outre, l'enquête économique du 20 mars 2006 retient un empêchement de 16,7% dans l'accomplissement des tâches ménagères, alors que l'empêchement relatif à ces tâches retenu lors de la décision initiale d'octroi de rente était de 45%. Après avoir apprécié la situation sur la base de ces éléments, l'OAI a estimé que le droit à la rente entière devait être supprimé à partir du 1er septembre 2001, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de la recourante, situation consécutive à la reprise d'une activité d'aide-soignante à 60%, capacité de travail confirmée par les Drs Q.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, si bien que l'invalidité pour la part active était nulle, et qu'elle se situait à 6,68% pour la part ménagère.

- 23 - Le droit de demander la restitution a été valablement exercé dans le délai annuel légal (cf. art. 25 LPGA), ce qui n'est au demeurant pas contesté, la décision de restitution étant intervenue le 23 mai 2006 et l'OAI ayant eu confirmation en juillet 2005 de ce que l'assurée exerçait une activité lucrative au taux de 60%. Pour le surplus, la recourante n'a pas respecté l'obligation qui lui était faite, conformément à l'art. 77 RAI, de communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important pouvant avoir des répercussions sur le droit aux prestations. Les conditions du droit à la restitution étant réalisées, les prestations allouées à la recourante pendant la période litigieuse constituent une prestation indûment touchée au sens de l'art. 25 al. 1 LPGA, de sorte que l'intimé peut en exiger la restitution, la recourante ne critiquant pas, pour le reste, les éléments de calculs qui ont amené l'intimé à fixer à 72'628 fr. le montant à restituer. Ce montant devra être réduit, vu la rectification de la décision proposée par l'OAI en cours de procédure, du montant des rentes des mois de juillet et août 2005, soit deux mois à 1'658 fr., et porté à 69'312 fr. (72'628 fr. – [2 x 1'658 fr.]). Cela étant, la recourante requiert la remise de l'obligation de restituer, en se

prévalant de sa bonne foi et de sa situation financière difficile. A cet égard, cette dernière conserve toutefois la faculté de déposer auprès de l'OAI une demande de remise de l'obligation de restituer dans les 30 jours à compter de l'entrée en force du présent arrêt, en faisant valoir qu'elle a perçu les prestations indues de bonne foi et que leur restitution la mettrait dans une situation difficile (art. 25 al. 1 LPGA et art. 4 OPGA). Ainsi, dans la mesure où la demande ne peut être traitée sur le fond que si la décision de restitution est entrée en force, la remise et son étendue font l'objet d'une procédure distincte (cf. art. 4 al. 2 OPGA; TF arrêts P 59/06 du 5 décembre 2007 et P 63/06 du 14 mars 2007, consid. 3).

## **E. 6**

a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intéressée a droit à une rente

- 24 - entière de l'AI dès le 1er février 2008, les prestations perçues entre le 1er septembre 2001 et le 30 juin 2005 devant en outre être restituées. b) En dérogation à 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure. c) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Paul-Arthur Treyvaud à compter du 27 mai 2008 et jusqu'au terme de la présente procédure. Celui-ci a produit une liste d'opérations et débours le 5 avril 2011, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 11 heures (dont 30 minutes en 2011) au tarif horaire de 180 fr., auxquelles s'ajoute un montant de 65 fr. (dont 3 fr. en 2011) à titre de débours. L'indemnité de Me Paul-Arthur Treyvaud s'élève donc, pour son activité jusqu'au 31 décembre 2010, à 1'952 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]), montant auquel il convient d'ajouter la TVA à 7.6% (taux en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010), soit 148 fr. 35, et, pour son activité en 2011, à 93 fr., montant auquel il convient d'ajouter la TVA à 8% (taux en vigueur depuis le 1er janvier 2011), soit 7 fr. 45. Le montant total de l'indemnité de Me Paul-Arthur Treyvaud s'élève donc à 2'200 fr. 80. Il appartient à la Cour de fixer le montant des dépens alloués à la partie qui obtient partiellement gain de cause pour les opérations nécessaires à la procédure, compte tenu de l'importance du litige et de la

- 25 - complexité de la cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD). Il se justifie, compte tenu de l'admission partielle du recours, d'allouer à la recourante des dépens fixés à 1'500 fr., au vu de ses frais d'avocat et des autres frais indispensables occasionnés par le litige (art. 7 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

- 26 -