

VD_GERICHTE ZD08.036810 vom 22. Oktober 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-10-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.036810

FR: VD_GERICHTE ZD08.036810 du 22 octobre 2009

IT: VD_GERICHTE ZD08.036810 del 22 ottobre 2009

Erwägungen

E. 2

Limitation fonctionnelles : la mobilité des hanches est bonne. il présente néanmoins une ostéonécrose de la hanche gauche sans effondrement radiologique et un status après arthroplastie totale de la hanche droite. En conséquence, il faut envisager une activité professionnelle sédentaire, en limitant la station debout prolongée. Une activité en position assise entrecoupée de courts déplacements

- 4 - et sans port de charges dépassant 5 à 10 kg me semble devoir être exigible.

E. 3

a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger 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 où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références citées; TF 9C_257/2008 du 29 juin 2009 consid. 2.2). 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 (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314; TF 9C_257/2008 du 29 juin 2009 consid. 2.2). 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

- 13 - 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 (TF 9C_527/2008 du 29 juin 2009, consid. 2.2, 9C_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2, I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1, I 338/06 du 30 janvier 2007, consid. 3, SVR 2009 UV n° 6 p. 21, U 5/07 consid. 5.3.1). Selon la jurisprudence, une simple divergence d'appréciation entre deux experts qui s'expriment successivement sur le cas d'un assuré ne suffit pas pour faire apparaître une décision prise par l'administration comme entachée d'une inexactitude manifeste, propre à entraîner une reconsidération (RAMA 1998 n° K 990 p. 251, consid. 3b p. 253; TF, I 123/00 du 23 octobre 2000, consid. 2c). Il en va en

revanche différemment lorsque les divergences entre deux rapports d'expertise portent sur la nature même des affections et non sur l'appréciation des conséquences de ces troubles sur la capacité de travail de l'assuré (TF, I 123/00 du 23 octobre 2000, consid. 2c). b) En l'espèce, lorsqu'il a rendu sa décision initiale d'octroi de rente du 14 août 2001, l'OAI disposait de plusieurs avis médicaux dont les diagnostics étaient concordants, mais qui divergeaient sur l'appréciation des conséquences des troubles diagnostiqués sur la capacité de travail du recourant. Ainsi, dans son rapport du 6 février 1997, le Dr N._____ – qui selon le site internet de la FMH (www.doctorfmh.ch) a obtenu son titre de spécialiste FMH de médecin praticien en 2005 – posait le diagnostic de nécrose aseptique des deux têtes fémorales et se référait alors à l'incapacité totale de travail fixée par le Dr S._____ (cf. lettre A.a supra). Dans son nouveau rapport médical établi le 26 mars 1999 à la demande de l'OAI, le Dr N._____ posait à nouveau le diagnostic de nécrose aseptique des deux têtes fémorales, auquel s'ajoutait désormais, après

- 14 - l'opération, celui de status après arthroplastie céphalique bipolaire de la hanche droite; il décrivait les limitations fonctionnelles et estimait que dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail du recourant était d'au moins 50%, et ce dès la date du rapport (cf. lettre A.d supra). Enfin, dans un rapport du 12 avril 2000, le Dr N._____ évoquait désormais une capacité de travail exigible de 100% dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles (cf. lettre A.e supra). Dans son rapport du 6 novembre 2000 adressé à l'OAI, le Dr S._____ posait le diagnostic de nécrose idiopathique de la tête fémorale gauche et d'état après hémiprothèse de la hanche droite en 1997; il précisait que l'état de santé s'était aggravé ces derniers mois et que l'évolution était défavorable, dès lors que selon un rapport médical que lui avait adressé le 25 septembre 2000 le Dr Z._____, la hanche gauche nécessitait également un traitement chirurgical (cf. lettre A.h supra). Dans son rapport du 25 septembre 2000, le Dr Z._____ posait le diagnostic de nécrose idiopathique de la tête fémorale gauche et d'état après hémiprothèse de la hanche droite 1997; il constatait notamment l'existence de douleurs aux hanches à tout mouvement et d'une amyotrophie nette de la fesse et cuisse droite; la hanche gauche nécessitait également un traitement – consistant soit en une résection de la nécrose et greffe d'os spongieux autologue par tunnélisation à partir de la limite col/tête et greffe d'os spongieux autologue (guérison 12-24 mois), soit en l'implantation d'une PTH (guérison 6-12 mois) et en l'implantation d'une cupule prothétique droite (guérison 4-6 mois) – et le recyclage professionnel devait être renvoyé à plus tard après traitement des 2 hanches (cf. lettre A.h supra). La divergence d'appréciation entre le Dr N._____ d'une part et les Drs Z._____ et S._____ d'autre part quant à l'influence des troubles constatés sur la capacité de travail du recourant a fait l'objet d'un examen soigneux par le médecin-conseil de l'OAI, le Dr J._____. Dans son rapport du 15 novembre 2000 (cf. lettre A.i supra), ce praticien a exposé les raisons pour lesquelles il convenait de privilégier l'avis du Dr Z._____ – dont on rappelle qu'il est spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, alors

- 15 - que le Dr N._____ n'avait à ce moment aucun titre de médecin spécialiste – quant à l'exigibilité dans une activité adaptée. Il a ainsi pu se fonder sur les constatations personnelles qu'il avait pu opérer lors d'une audition – même si ces constatations n'avaient pas procédé d'un examen clinique complet –, à savoir en particulier l'importante atrophie de la fesse droite, en grande partie responsable de l'impossibilité de rester assis, qui n'était pas mentionnée dans les rapports du Dr N._____ mais avait été dûment prise en compte par le Dr Z._____, et a conclu que de ce fait, il n'était pas possible, avant une nouvelle

opération après laquelle une révision pourrait être instruite, de formuler une exigibilité chez un assuré qui ne pouvait rester ni assis ni debout. Cette appréciation est claire, convaincante et bien motivée, et l'on ne saurait affirmer, comme le fait l'OAI, que l'instruction médicale sur la base de laquelle une rente – dont la révision était prévue d'office – a été octroyée était incomplète. Il ne s'agissait que d'une divergence d'appréciation entre deux médecins sur l'exigibilité dans une activité adaptée, entre d'une part l'avis du Dr N._____, qui n'était pas motivé et a au demeurant fluctué au fil des rapports, et d'autre part l'avis d'un spécialiste, le Dr Z._____, qui était motivé et dont le Dr J._____ a expliqué de manière convaincante pourquoi il devait être privilégié. c) Il résulte d'un avis juriste du 6 décembre 2007 au dossier que l'OAI s'est appuyé, pour justifier la reconsidération de sa décision du 14 août 2001, sur un arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 13 août 2003 (I 790/01). Dans cet arrêt, la Haute cour a admis une inexactitude manifeste, propre à entraîner une reconsidération, notamment – la décision initiale étant manifestement erronée à plusieurs égards – dans le fait que l'administration, confrontée à deux avis médicaux contradictoires dans la mesure où l'un des médecins en question avait expressément déclaré qu'il n'existait pas de syndrome cervical ou lombo-vertébral et qu'il n'était pas en mesure de confirmer le diagnostic somatique de sa consœur, s'est contentée de statuer à la lumière de l'appréciation de cette praticienne, alors qu'il lui eût préalablement incombé d'élucider cette divergence (cf. art. 69 RAI) en ordonnant une expertise médicale (arrêt I 790/01 du 13 août 2003, consid. 3.1). Cette jurisprudence n'est

- 16 - ainsi pas pertinente en l'espèce, puisque dans le cas présent, seule était en cause l'appréciation de la conséquence des troubles sur la capacité de travail, et non les diagnostics. Enfin, on relève que le rapport d'examen clinique SMR établi le 9 février 2007 par le Dr W._____, sur lequel l'OAI se fonde pour justifier la reconsidération, rejoint les rapports précédents quant aux diagnostics posés à l'époque et ne fait pas apparaître l'appréciation retenue à l'époque sur la capacité de travail du recourant comme manifestement erronée, mais se contente de se déclarer "d'accord avec le Dr N._____ qui considère que l'assuré est apte à travailler à 100% dans un travail adapté" (cf. lettre B.b supra). Or comme on l'a vu (cf. consid. 3a supra), une simple divergence d'appréciation entre deux experts qui s'expriment successivement sur le cas d'un assuré ne suffit pas pour faire apparaître a posteriori une décision prise par l'administration comme entachée d'une inexactitude manifeste, propre à entraîner une reconsidération.

E. 4

a) Il résulte de ce qui précède que c'est à tort que l'OAI a considéré que les conditions d'une reconsidération étaient réunies. Le recours, bien fondé, doit donc être admis et la décision de suppression de rente prise le 4 novembre 2008 par l'OAI doit être annulée. 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). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. c) Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2

- 17 - décembre 2008 (RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse. En l'espèce, il y a lieu de fixer ces dépens à 2'000 fr.

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