

VD_GERICHTE ZD12.033199 vom 8. August 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-08-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.033199

FR: VD_GERICHTE ZD12.033199 du 8 août 2013

IT: VD_GERICHTE ZD12.033199 del 8 agosto 2013

Erwägungen

E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). 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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la

- 21 - personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, 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 rapports 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 et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'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 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 les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet

- 22 - effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées). c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Selon la jurisprudence, lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3; TF 9C_509/2011 du 18 octobre 2011 consid. 2.1). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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 dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; TF 9C_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2).

- 23 - Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 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 (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle, 2011, n° 3065, p. 833).

E. 4

a) Dans le cas présent, selon décision de l'OAI du 21 mai 2010, l'assuré est au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1er février 2010. Au moment de cette décision, selon

l'expertise du 28 septembre 2009 du Dr I. _____, l'intéressé présentait les atteintes de broncho- pneumopathie chronique obstructive (BPCO) de degré très sévère Gold IV et de dorso-lombalgies chroniques; sa capacité de travail était de 50% depuis février 2009 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité sédentaire, diminution du périmètre de marche à 10 minutes, pas de port de charges, pas de station assise ou debout prolongée, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis). Il convient d'examiner si l'assuré a présenté une aggravation de son état de santé depuis les circonstances prévalant au moment de cette décision d'octroi d'une demi-rente. b) Le Dr T. _____, dans ses rapports des 26 novembre 2010 et 2 septembre 2011 et se fondant sur l'avis de spécialistes, soutient que l'état de santé de son patient s'est aggravé, notamment avec une broncho-pneumopathie chronique obstructive sévère, passée du stade III au stade IV. Or, un tel diagnostic – entraînant de surcroît des limitations fonctionnelles – a déjà été retenu dans l'expertise de 2009 du Dr I. _____. En outre, dans son expertise du 1er février 2012, le Dr I. _____ relève que l'assuré a vraisemblablement pu décompenser temporairement sa BPCO mais que les fonctions respiratoires se sont plutôt améliorées par rapport à septembre 2009, en raison de l'arrêt du tabagisme et du fait que l'intéressé, en léger excès pondéral, n'est plus cachectique. En 2009 déjà,

- 24 - l'assuré se plaignait d'une dyspnée au moindre effort, qui peut être liée actuellement à l'augmentation sensible du poids. L'expert en conclut que les limitations fonctionnelles décrites lors de la précédente expertise restent d'actualité. Il faut donc en déduire que les troubles respiratoires ne se sont pas aggravés. Concernant le syndrome des apnées du sommeil, dans son expertise du 1er février 2012, le Dr I. _____ retient en premier lieu ce diagnostic comme sans répercussion sur la capacité de travail. Il relève ensuite que cette atteinte est peu symptomatique avec une prédominance d'apnées centrales traitées par BIPAP. L'évolution est favorable autant objectivement que subjectivement, l'assuré faisant état d'une amélioration de la qualité du sommeil et surtout de ses performances diurnes, de sorte qu'il s'agit selon l'expert d'une amélioration substantielle. Dans son rapport du 27 juillet 2011, le Dr J. _____ mentionne du reste une bonne adhésion de l'assuré au traitement des apnées du sommeil. Dès lors, cette atteinte, nouvelle par rapport aux circonstances prévalant au moment de la décision d'octroi d'une demi-rente, n'entrave pas la capacité de travail. Sur le plan cardiaque, se référant aux constatations des Drs F. _____ et B. _____, l'expert relève l'existence d'une maladie aortique, mais avec une fonction ventriculaire normale et l'absence de sténose significative. Il en déduit que la situation est plutôt rassurante et ne permet pas d'expliquer une aggravation de la dyspnée, que ce soit par le biais d'une hypertension artérielle pulmonaire ou d'une cardiopathie ischémique ou valvulaire. Suite à une échocardiographie du 21 janvier 2011, le Dr F. _____ constate au demeurant une fonction systolique globale préservée. Sur le plan artériel périphérique, l'expert précise que l'intéressé, par rapport à l'examen de septembre 2009, ne présente plus de claudication intermittente. Des investigations d'angiologie ont écarté la présence de sténose artérielle significative. Il y a donc amélioration de l'état de santé, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs étant actuellement de stade I.

- 25 - Concernant l'atteinte au genou, le Dr A. _____ a certes constaté la présence de signes méniscaux internes positifs, mais il a retenu que les lésions constatées à l'IRM étaient modestes et que le patient répondait aux anti-inflammatoires, avant d'écarter l'indication pour une arthroscopie méniscale (rapport du 21 février 2011). Pour sa part, l'expert retient une évolution stable avec des gonalgies intermittentes sans blocage, sans épanchement.

Dans une activité sédentaire, cette affection n'aggrave pas les limitations fonctionnelles. Il en est de même de la coxarthrose qui ne semble pas avoir évolué depuis 2009. Au niveau du rachis, l'expert relève que les lombalgies chroniques n'ont pas évolué de manière significative. Elles sont connues de longue date et décrites lors de l'expertise de 2009, où elles étaient déjà décompensées sous forme de douleurs pratiquement permanentes dans le contexte du syndrome de déconditionnement. D'un point de vue objectif, il n'y a pas d'hernie discale ou de canal lombaire étroit. Le status est resté identique, tant sur le plan ostéo-articulaire que neurologique. Il n'y a pas d'aggravation sur le plan subjectif, l'abstinence à l'alcool depuis juin 2010 étant au contraire un signe d'amélioration. Au demeurant, dans son rapport d'examen du 10 décembre 2010, le Dr Q._____, rhumatologue, a posé un diagnostic superposable à celui posé par l'expert en 2009, avec en sus un examen neurologique rassurant. En outre, si le Dr T._____ mentionne une aggravation des lombalgies chroniques dans son rapport du 26 novembre 2010, il retient à ce sujet des limitations fonctionnelles – douleurs à la moindre mobilisation du rachis lombaire, lors d'une position statique prolongée ou lors du port de charges moyennes – superposables à celles retenues par l'expert à l'issue de son examen de 2009. Sur le plan psychique, l'expert indique que l'assuré se plaignait déjà en 2009 de ruminations anxieuses, nécessitant un traitement médicamenteux. L'expert souligne que l'assuré a présenté selon son médecin traitant un épisode dépressif moyen nécessitant un traitement d'antidépresseurs et d'anxiolytiques, mais il annonce que son humeur s'est singulièrement améliorée depuis qu'il a interrompu sa consommation

- 26 - d'alcool. Les médecins de l'hôpital de [...] ont relevé, à l'issue d'un séjour du 11 au 30 janvier 2001, que la thymie du patient était stable sous traitement médicamenteux. L'assuré a en outre confirmé cette évolution favorable lors de son entretien avec l'expert. A cela s'ajoute que l'assuré n'a pas fait l'objet de prise en charge psychiatrique spécialisée et que le diagnostic d'épisode dépressif n'est pas confirmé par un psychiatre. Dans ces conditions, on ne saurait parler d'aggravation de l'état de santé sur le plan psychique. c) Dès lors, compte tenu des conclusions convaincantes et dûment étayées du Dr I._____ – corroborées par les avis des médecins spécialistes versés au dossier – il y a lieu de retenir que l'état de santé de l'assuré n'a pas subi d'aggravation par rapport aux circonstances prévalant lors de la décision du 21 mai 2010. On s'écartera donc des conclusions contraires du Dr T._____, dont l'avis, en tant que médecin traitant de l'assuré, doit être apprécié avec les réserves d'usage. Le recourant présente donc toujours une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 5

a) Le recourant soutient que sa situation aurait dû faire l'objet d'un examen global, compte tenu notamment de ses problèmes de santé, de son âge et de ses possibilités de retrouver du travail. Sous l'angle d'une révision du droit à une rente d'invalidité, le recourant ne saurait se prévaloir de la jurisprudence selon laquelle, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il convient de procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2). En effet, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de prendre en charge toutes les situations où le bénéficiaire d'une rente partielle ne trouve pas de travail en raison de son âge. L'écoulement du temps – qui ne constitue pas une atteinte à la santé au sens des art. 3 et 4 LPGA et qui

- 27 - est un paramètre inéluctable pour tous les assurés – ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente, sinon tout bénéficiaire de rentes partielles approchant les soixante ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre une rente entière (TF 9C_156/2011 du 6 septembre 2011 consid. 4.2 et les références citées). b) Cela étant, on peut se demander si le recourant, dans ses déterminations du 4 janvier 2013, ne réclame pas la reconsidération (au sens de l'art. 53 al. 2 LPGa) de la décision du 21 mai 2010, du fait que l'OAI n'aurait pas procédé – compte tenu de la jurisprudence en la matière (TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2) – à un examen global de la situation compte tenu de son âge et de ses possibilités réalistes de retrouver un emploi. Il est douteux que le défaut de prise en compte de cette jurisprudence permette de reconsidérer une décision portant sur une rente d'invalidité. Quoi qu'il en soit, dans son rapport intermédiaire du 17 février 2009, l'OAI a indiqué qu'au vu de l'âge et des connaissances de l'assuré, l'orientation dans une activité de représentant en produits alimentaires était la plus simple et adéquate. Par ailleurs, dans une fiche d'examen du 18 janvier 2010, l'OAI a relevé que l'assuré, âgé de 61 ans, pouvait travailler à 50% comme représentant en produits alimentaires. Dès lors, il n'est pas démontré que l'OAI aurait le cas échéant manqué à son devoir de procéder à une analyse globale de la situation. En ce sens, la décision du 21 mai 2010 de l'OAI – au moment de laquelle l'assuré était âgé de 61 ans – n'apparaît pas manifestement erronée et ne peut faire l'objet d'une reconsidération. Enfin, indépendamment de ce qui précède, la reconsidération est une possibilité dont dispose l'administration et dont le tribunal ne peut pas imposer l'usage. c) Sur le plan économique, le recourant conteste la fixation du revenu d'invalidité dans une activité de représentant en produits

- 28 - alimentaires, et se fonde sur un salaire résultant des statistiques salariales dans une activité simple et répétitive, avec un taux d'abattement de 20%. Les circonstances économiques n'ont toutefois pas changé depuis la décision du 21 mai 2010 – l'assuré disposant d'une formation de représentant en produits alimentaires et n'ayant pas repris d'activité lucrative – de sorte qu'on ne voit pas de raison de procéder à une révision de son droit à la rente. Par cette décision, l'OAI a du reste procédé à une comparaison des revenus en bonne et due forme compte tenu de la pratique en la matière (art. 16 LPGa; TF 9C_389/2012 du 9 octobre 2012 consid. 4.2).

E. 6

Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAI n'a pas modifié le droit à la rente par rapport à la décision du 21 mai 2010. Le droit à une demi-rente à compter du 1er février 2010 doit être maintenu, et le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction.

E. 7

a) Selon l'art. 69 al. 1bis LAI, 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs. En l'espèce, le recourant succombe et doit donc être astreint aux frais de procédure, qu'il y a lieu de fixer à 400 francs. b) Au vu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant débouté (art. 61 let. g LPGa).

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