

VD_GERICHTE ZD13.034025 vom 19. Februar 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-02-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.034025

FR: VD_GERICHTE ZD13.034025 du 19 février 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.034025 del 19 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

- 16 - b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c). b) Le litige porte sur la suppression, par la voie de révision, du droit de la recourante à trois-quarts de rente d'invalidité rétroactivement au 1er juin 2011. Singulièrement, il y a lieu d'examiner si la capacité de gain de l'intéressée a augmenté dans une mesure justifiant la suppression de cette prestation depuis la décision initiale du 7 décembre 2006 (les communications par lesquelles l'intimé a indiqué à l'assurée qu'elle continuait à bénéficier de cette prestation n'étant pas pertinentes pour la base de comparaison déterminante dans le temps; cf. ATF 133 V 108).

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de

- 17 - 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. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (respectivement l'ancien art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), 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) 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté 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_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). 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 reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

- 18 - Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201], la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision de la possibilité d'une modification importante du taux d'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité. c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 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 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent toutefois être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés

- 19 - dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

E. 4

Dans un premier moyen, la recourante fait grief à l'OAI d'avoir retenu un statut de 60% comme active et de 40% comme ménagère, alors qu'elle a toujours soutenu, en particulier dans les différents questionnaires qui lui ont été soumis, qu'elle travaillerait à plein temps si elle était en bonne santé. S'il est exact que ses déclarations n'ont pas varié sur ce point, il y a toutefois lieu de constater que la recourante n'a jamais contesté les décisions et communications antérieures lui reconnaissant un tel statut. Celui-ci était d'ailleurs justifié à l'époque dès lors que, durant les trois dernières années qui ont précédé l'atteinte à la santé, l'intéressée avait toujours travaillé à 60% sans chercher à augmenter ce taux d'activité, ainsi que cela ressort du premier rapport d'enquête économique sur le ménage du 20 juin 2005. Un tel taux d'occupation était d'ailleurs d'autant plus réaliste que ses deux enfants étaient encore très jeunes. Quoi qu'il en soit, un statut d'active lui a désormais été reconnu lors de la seconde enquête économique sur le ménage du 29 octobre 2012, ce que l'OAI ne remet pas en cause. Le moyen doit donc être rejeté.

E. 5

La recourante conteste ensuite la pleine capacité de travail exigible qui lui est reconnue par l'office intimé. Elle réfute les conclusions de l'expert S._____, qu'elle estime contraires à l'ensemble des autres avis médicaux au dossier, en particulier celui de son médecin traitant, la Dresse H._____, pour qui une reprise du travail ne serait pas envisageable.

- 20 - a) Quoi qu'en dise la recourante, le rapport d'expertise psychiatrique du Dr S._____ du 25 février 2013 remplit toutes les conditions jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 3d). En effet, l'analyse de l'expert, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, repose sur une étude soignée de l'anamnèse, tient compte des plaintes émises par l'intéressée, procède d'une bonne connaissance du dossier médical et résulte d'examen cliniques approfondis. La réflexion de l'expert fait l'objet d'une discussion claire et étoffée, tandis que ses conclusions, qui écartent tout diagnostic psychiatrique, sont dûment motivées. Au demeurant, le rapport ne contient pas de contradictions intrinsèques, contrairement à ce qu'allègue la recourante. En particulier, il est inexact de soutenir que les tests sanguins auraient démontré qu'elle prenait assidûment sa médication. Bien plutôt ont-ils révélé un taux sérique très faible de l'antidépresseur prescrit, largement en dessous du niveau thérapeutique (cf. p. 19-20 du rapport d'expertise). Quant au fait que le Dr S._____ a relevé que l'expertisée était soignée et portait

plusieurs bijoux lors de l'examen, ce que cette dernière dément, il ne s'agit pas d'une constatation inexacte des faits pertinents, vu l'absence d'incidence de cette observation sur le sort de la cause. Partant, il n'existe pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et seraient susceptibles de remettre en cause ses conclusions. Le seul fait que la Dresse H. _____ émette un avis divergent ne permet pas de modifier cette appréciation. En effet, ce médecin traitant – qui n'est pas psychiatre, contrairement à l'expert, et enclin en sa qualité à prendre parti pour sa patiente – atteste, dans son rapport du 22 août 2013, une incapacité de travail sur le plan psychique depuis le 22 avril 2013, soit consécutivement aux graves problèmes familiaux rencontrés actuellement par la recourante. Il s'agit donc, comme l'ont relevé les médecins du SMR, d'un état dépressif réactionnel aux difficultés de vie de l'intéressée, soit d'une nouvelle atteinte qui devra faire l'objet, cas échéant, d'une nouvelle

- 21 - demande de prestations. Tel est au demeurant déjà le cas, l'OAI indiquant être entré en matière sur la nouvelle demande du 26 août 2013. Auparavant, la Dresse H. _____ avait du reste reconnu à l'assurée, au début de l'année 2009, une capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle de femme de ménage, qui devait augmenter à l'avenir. En 2011, elle parlait d'une situation inchangée, affirmant que sa patiente était toujours incapable de travailler ou de sortir de chez elle. Or, ces affirmations sont clairement démenties par le rapport d'observation du 2 juillet 2012, lequel établit qu'en mars 2011 déjà, l'intéressée quittait régulièrement son domicile pour aller faire le ménage chez des particuliers. Cette date coïncide d'ailleurs avec les déclarations de l'assurée, verbalisées dans la note interne de l'OAI du 3 septembre 2012 que l'acte de recours remet pourtant en question. L'appréciation de la Dresse H. _____ n'est ainsi pas propre à remettre en cause les observations de l'expert S. _____. b) S'agissant des autres avis médicaux au dossier, ceux-ci sont peu nombreux. Certes, le Dr B. _____ faisait état, dans son rapport du 16 août 2006, d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 18 avril 2003 en raison d'un trouble obsessionnel compulsif et d'une agoraphobie, selon lui entièrement limitatifs. Il n'en demeure pas moins que ce même médecin avait préconisé une réévaluation dans un délai de deux ans, vu l'évolution favorable possible, ce qui n'a pas été fait. Quant à la première procédure de révision, elle s'est fondée uniquement sur deux avis médicaux peu étayés, à savoir celui du médecin traitant, qui retenait une capacité de travail résiduelle dans l'activité de femme de ménage, et celui de l'Unité de Psychiatrie Z. _____ qui, deux années plus tard, a révélé avoir établi son rapport sur la base des renseignements à sa disposition à l'époque, sans avoir revu la patiente depuis 2007. c) Au vu de ces éléments, c'est à bon droit que l'office intimé s'est rallié aux conclusions de l'expertise psychiatrique, laquelle a été effectuée en toute connaissance de cause, est parfaitement convaincante et correspond, de surcroît, aux constatations objectives résultant du mandat de surveillance. A ce sujet, l'argument de la recourante consistant

- 22 - à dire que la méfiance dont elle faisait preuve à cette occasion démontrerait sa fragilité psychique est vain. L'enquête a au contraire révélé qu'elle sortait régulièrement seule de chez elle et qu'elle ne présentait aucun signe d'inquiétude ou d'anxiété, ni aucun comportement anormal dans l'espace public. Dans ces conditions, il est établi qu'il y a eu une amélioration sensible de l'état de santé de la recourante, propre à entraîner la suppression, par voie de révision au sens de l'art. 17 LPGA, du droit à la rente d'invalidité. Aussi un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise, telle que requis par l'intéressée, ne se justifie-t-il pas. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur

une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées).

E. 6

La recourante remet enfin en cause l'effet rétroactif de la suppression de rente au 1er juin 2011, faisant valoir que cette date ne repose sur aucun fondement pertinent et qu'elle ignorait, de bonne foi, la portée de son obligation de renseigner l'OAI sur sa reprise d'activité lucrative. a) La diminution ou la suppression de la rente d'invalidité prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, voire 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 RAI (88bis al. 2 RAI).

- 23 - Selon l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon les cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation. En matière d'assurance-invalidité, l'art. 77 RAI précise que 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 encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ainsi que la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. Pour qu'il y ait violation de l'obligation de renseigner, il faut qu'il y ait un comportement fautif; d'après une jurisprudence constante, une légère négligence suffit déjà (ATF 112 V 97 consid. 2a; TF 9C_75/2011 du 22 août 2011 consid. 4.2). b) L'argumentation de la recourante, selon laquelle elle était sans activité lucrative lorsqu'elle avait complété les questionnaires de révision des 1er décembre 2008 et 25 janvier 2011, est sans portée puisqu'aux termes clairs de l'art. 77 RAI, elle se devait d'annoncer spontanément à l'OAI tout changement dans sa situation personnelle ou économique. Cette obligation lui avait d'ailleurs été expressément rappelée dans les deux communications de l'office des 30 mars et 14 septembre 2009. Or, le fait d'avoir repris, de son propre chef, une activité lucrative en qualité de femme de ménage constitue à n'en point douter un changement important dans la situation économique de l'intéressée. La bonne foi dont se prévaut cette dernière est au demeurant sujette à caution, dans la mesure où la reprise d'activité a été portée à la connaissance de l'intimé en mars 2010 et où la Dresse H._____ signalait déjà une profession habituelle de femme de ménage en janvier 2009. Force est donc d'admettre que les éléments au dossier sont suffisants pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que

- 24 - la recourante avait, de son plein gré, repris une activité professionnelle régulière à tout le moins depuis le mois de juin 2011, au cours duquel elle avait effectivement été aperçue pour la première fois, par le biais du mandat de surveillance, en train de se déplacer seule à l'extérieur de son logement. Par conséquent, en n'avisant pas l'intimé de ce changement de situation, la recourante a contrevenu à son obligation de renseigner, ce qui justifie la

suppression de la rente avec effet rétroactif au 1er juin 2011. On relèvera que le présent arrêt a trait à la situation de la recourante antérieure aux graves problèmes familiaux auxquels elle est confrontée, et qui ne préjuge donc en rien des suites qui seront données à sa nouvelle demande.

E. 7

En définitive, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 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 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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