

VD_GERICHTE ZD14.024107 vom 28. April 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.024107

FR: VD_GERICHTE ZD14.024107 du 28 avril 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.024107 del 28 aprile 2015

Erwägungen

E. 21

juillet 2014 consid. 3.1.1). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353). Par ailleurs, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante (TF I 53/06 du 22 mars 2007 consid. 5). 4. a) En l'espèce, l'office AI s'est fondé sur un certificat médical du Dr W. _____ du 21 juillet 2003, pour octroyer à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1er septembre 2003 (« proposition en procédure » du 24 novembre 2003). Il avait retenu (avis médical de la Dresse H. _____ du 30 septembre 2003) qu'elle présentait depuis le mois de septembre 2002 une incapacité de travail de 70% dans toute activité en raison de ses problèmes rénaux, lesquels nécessitaient des traitements particulièrement lourds (hémodyalise et éventualité d'une greffe). Le 21 août 2006, l'office AI a confirmé le maintien de la rente d'invalidité, telle que servie jusqu'alors. b) Procédant en avril 2008 à la révision d'office de la rente allouée, l'office AI a requis divers renseignements, notamment d'ordre médical.

- 25 - Dans son rapport du 29 juin 2009, le Dr W. _____ a constaté une bonne évolution sur le plan néphrologique avec une excellente fonction du greffon cinq ans après la transplantation (intervenue en octobre 2004). Le diabète était toutefois « toujours très instable avec excursion glycémique très impressionnante ». Une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée lui paraissait raisonnable. Aussi, l'office intimé a-t-il examiné les possibilités de réinsertion en organisant une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière en automne 2011. Au terme de la mesure, la recourante a déclaré vouloir rechercher un stage par ses propres moyens, désirant néanmoins une aide au placement. Mais suite notamment à une hospitalisation début 2012, elle a expliqué ne plus se sentir apte à entreprendre une activité à 50% (cf. note de suivi du 21 mai 2012). Le Dr P. _____ a donc préconisé la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne auprès du Dr R. _____ en vue de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible de l'assurée. A l'issue de son examen, celui-ci conclut à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, une perte de rendement de 25% étant toutefois admise en raison des fluctuations et des difficultés d'équilibrer le diabète, seule pathologie affectant selon l'expert la capacité de travail. L'assurée ayant accepté de se soumettre à un programme de réinsertion visant au réentraînement à l'endurance, l'office AI s'est chargé de mettre en place une mesure de reclassement auprès de B. _____ Formation, laquelle a dû être prématurément interrompue en raison des absences de l'assurée imputables, selon

elle, à une dégradation de son état de santé. A défaut d'avoir pu concrétiser dans le cadre d'une mesure professionnelle la capacité de travail exigible retenue par l'expert, l'administration a donc procédé à une approche théorique de la perte de gain, ce qui l'a conduit, par projet de décision du 29 juillet 2013, à supprimer la rente servie jusqu'alors. Elle s'est en cela fondée sur les conclusions de l'expertise réalisée par le Dr R._____. c) En procédure administrative, l'assurée a critiqué la capacité de travail retenue par l'office AI. A l'appui de ses allégations, elle a

- 26 - annoncé la production de divers rapports médicaux. Si, dans son rapport du 23 décembre 2013, le Dr W._____ retient une capacité de travail de 40 à 50% dans une activité adaptée, ni les Drs A._____, J._____ et L._____ ne confirment dans leurs avis médicaux respectivement des 5 février 2014, 20 février 2014 et 7 mai 2014 une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Il s'ensuit que, dans la décision dont est recours, du 13 juin 2014, l'office AI a entériné la suppression de la rente annoncée dans son projet du 29 juillet 2013. 5. La recourante conteste devant le Tribunal cantonal que les conditions d'une révision soient réunies. Plus précisément, elle estime que son état de santé n'a pas changé depuis la « proposition en procédure » du 24 novembre 2003, respectivement se serait dégradé depuis l'expertise du Dr R._____ en septembre 2012. a) Dans sa lettre du 5 mars 2014 au Dr W._____, le Dr J._____ relève que l'examen ORL auquel il a procédé le 3 mars précédent ne met en évidence qu'une discrète atteinte transmissionnelle auditive droite post otitique, peu gênante. L'examen vestibulaire lui a en outre permis de s'assurer d'une fonction labyrinthique normale et il a pu rassurer sa patiente quant à l'absence de problème otologique. Pour le surplus, le reste de l'examen est dans les limites de la norme, y compris l'épipharyngoscopie avec une bonne mobilité cordale. De son côté, le Dr A._____ souligne dans sa lettre au Dr T._____ du 23 août 2013 faisant suite à un examen clinique du même jour que l'assurée est en bon état général. L'électromyogramme montre des vitesses de conduction motrices et sensitives à la limite inférieure de la norme. L'examen clinique montre toutefois des signes de polyneuropathie distale sensitive des membres inférieurs avec une aréflexie achilléenne, une hypoesthésie en chaussette en modalité thermique et algésique. Il signale encore que les plaintes lui paraissent plus importantes que ce que l'on serait en droit d'attendre en fonction de ces résultats. Quant au Dr W._____ (rapport du 23 décembre 2013), il impute l'aggravation des plaintes à une polyneuropathie diabétique. Le

- 27 - diabète représente en effet une des principales causes susceptibles de provoquer une polyneuropathie. Cette affection touche les membres inférieurs et le tableau clinique se présente sous la forme d'atteintes sensitives et motrices ainsi que du système nerveux autonome. Elle se traduit par des symptômes tels que des fourmillements, des douleurs, des diminutions de sensations, des difficultés à marcher et des crampes. Par ailleurs, lors de l'examen physique, divers signes cliniques peuvent être détectés par le médecin tels qu'une baisse, respectivement une perte des réflexes rotuliens ou achilléens. A cet égard, le Dr A._____ parle d'aréflexie achilléenne tandis que le Dr W._____ évoque des crampes musculaires. Ces observations rejoignent celles effectuées par le Dr R._____, lequel avait déjà constaté une polyneuropathie diabétique débutante avec abolition des réflexes achilléens et quelques troubles de la sensibilité. Dans ces conditions, il est douteux qu'à elle seule la polyneuropathie suffise pour retenir une aggravation de l'état de santé, ce d'autant moins que ni le Dr W._____ ni le Dr A._____ ne font expressément état d'une péjoration de la situation. Certes, le Dr W._____ mentionne en date du 8

novembre 2013 (pièce n° 1 du bordereau produit à l'appui de la réplique) une évolution progressivement défavorable de la fonction du greffon. Or, il écrit dans son rapport du 23 décembre 2013 à l'intention de l'office AI que la « fonction du greffon [est] satisfaisante près de 10 ans post greffe ». Qui plus est, dans un rapport anatomo-pathologique du 13 janvier 2014 (pièce n° 10 du bordereau produit en réplique), le Dr F.F._____, médecin associé au service de pathologie clinique de l'Hôpital S._____, écrit que la fonction du greffon rénal est relativement stable. Cette différence d'appréciation n'étant pas expliquée, on ne saurait rien en déduire en ce qui concerne l'évolution de l'état de santé, que cela soit sous l'angle néphrologique ou d'un point de vue plus global. Au demeurant, une éventuelle aggravation ne résulte pas non plus d'une différence d'appréciation de la capacité de travail. Le Dr W._____, médecin traitant, a en effet maintenu en date du 23 décembre 2013 le taux de 40 à 50% qu'il avait déjà retenu dans son rapport du 29 juin 2009. Quant aux autres médecins, ils ne se sont pas exprimés à ce sujet.

- 28 - b) Cela étant, la recourante a encore joint à sa réplique moult rapports et documents médicaux en vue d'étayer ses allégations. Ces pièces – établies entre mai 2013 et septembre 2014 (cf. au sujet de documents médicaux et faits survenus postérieurement à la décision attaquée : ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012 et 9C_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1) – font état de nombreux examens se rapportant à des troubles relevant pour l'essentiel des sphères neurologique, rhumatologique, de médecine interne, endocrinologique et diabétologique. A cela s'ajoutent des investigations cardio-vasculaires (Dr E.E._____), orthopédiques, oeso-gastriques (biopsie de l'estomac et de l'œsophage) ainsi que divers examens radiologiques (mammographies, thorax et pied droit consécutif à un traumatisme subi le 12 avril 2014) et de laboratoires (analyse d'urines). Certaines de ses investigations correspondent à celles annoncées par la Dresse Q._____ dans sa lettre du 23 juin 2014 (cf. en particulier les lettres des 3 juin et 28 août 2014 de la Dresse D.D._____, spécialiste en rhumatologie, à la Dresse Q._____ et lettre du 9 juillet 2014 du Dr E.E._____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, à cette dernière). Si les « notes de suite » du 11 septembre 2014 (pièce n° 1 du bordereau de la recourante) font certes état des investigations auxquelles ont procédé différents praticiens, en particulier le Dr W._____, entre mai 2004 et août 2014, on remarque toutefois que ce document ne contient aucune inscription pour la période courant du 25 août 2004 au 11 novembre 2009. Même si l'absence d'inscription dans ce relevé ne signifie pas pour autant la disparition de tout problème médical, force est cependant de constater que la fréquence des consultations tend à s'accroître à mesure que l'éventualité d'une suppression de la rente servie depuis 2003 paraît se concrétiser à la suite de la procédure de révision engagée en avril 2008. L'assurée n'a du reste pas consulté le Dr W._____, en tout cas entre le 27 juin 2007 et juin 2008 (cf. lettre du Dr W._____ à l'office AI indexée au 6 juin 2008). Quoiqu'il en soit, la multiplication d'investigations médicales ne suffit pas en soi à retenir

- 29 - l'existence d'une éventuelle péjoration de l'état de santé. D'ailleurs, il ne ressort pas des pièces produites en réplique que les médecins consultés se seraient clairement prononcés en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. La plupart d'entre eux ont fait part d'observations cliniques et radiologiques peu évocatrices et ne permettant pas de retenir un diagnostic précis. Ils se sont en outre abstenus de porter des conclusions définitives au sujet de la capacité de travail. Dans ces conditions, une aggravation de l'état de santé depuis l'expertise du Dr R._____ du 19 septembre 2012 jusqu'à la décision attaquée du 13 juin 2014 n'est pas rendue vraisemblable et la recourante ne saurait par

conséquent rien tirer en sa faveur du contenu de ces documents. 6. Autre est la question de savoir si l'appréciation du Dr R. _____ qui retient une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 25% peut être suivie. En d'autres termes, il s'agit de se demander si, dans la décision dont est recours, l'office intimé pouvait se fonder sur les conclusions de cette expertise pour procéder à la suppression de la rente entière d'invalidité servie depuis le 1er septembre 2003. a) La recourante se plaint que le Dr R. _____ n'ait pas cherché à s'informer des motifs de son hospitalisation intervenue aux mois de janvier/février 2012 à l'Hôpital A.A. _____ en raison d'un coma diabétique (cf. lettre de sortie du 21 mars 2012 des Drs E. _____ et V. _____, jointe par le Dr W. _____ à son rapport médical du 23 décembre 2013 à l'office intimé). Il appartient à l'expert de recueillir tous les éléments nécessaires à l'établissement d'une anamnèse complète, à défaut de quoi son appréciation pourrait s'en trouver faussée. En se contentant d'écrire que « le détail de cette hospitalisation ne [lui] est pas connu », l'expert laisse de côté des données qui peuvent influencer sur l'analyse à laquelle il est appelé à se livrer. Il donne certes quelques détails à ce sujet en page 9 de son rapport mais on ignore s'il a eu connaissance de la lettre du 21 mars 2012. Le fait de retenir sur la base des déclarations de l'assurée

- 30 - qu'elle serait restée une semaine aux soins intensifs et qu'elle n'aurait plus guère de souvenirs ne suffit pas. Au demeurant, l'assurée n'a séjourné que du 28 au 30 janvier 2012 aux soins intensifs (cf. lettre de sortie du 21 mars 2012). En tout état de cause, l'expertise s'étant déroulée au mois de septembre 2012, on pouvait raisonnablement attendre de l'expert, tout comme de l'intimé qui a eu connaissance de l'hospitalisation lors de l'entretien du 21 mai 2012, qu'il se renseigne sur les circonstances précises d'un séjour hospitalier datant du mois de janvier précédent. Cela étant, il ressort de la pièce n° 1 produite à l'appui de la réplique qu'en regard de la date du 23 février 2010, l'assurée aurait appelé le Dr W. _____ pour lui signaler des douleurs au flanc gauche accompagnées de nausées et de vomissements alimentaires et qu'un suivi médical aurait été mis en place auprès de la Dresse C.C. _____. On ne voit pas que cette praticienne ait été sollicitée par l'expert R. _____ pour s'exprimer au sujet du traitement prescrit. La pièce précitée fait en outre état d'une hospitalisation en date du 11 novembre 2009 motivée par une décompensation diabétique que l'expert ne mentionne pas. En revanche, il relève (rapport d'expertise, p. 6) des infections à répétition depuis fin 2011 avec hospitalisation, grippe, ulcère et infection au bras. Il se réfère en cela à la note interne de suivi du 21 mai 2012 de l'office AI, sans toutefois solliciter d'autres informations sur ce point. Son exposé de l'« histoire médicale plus récente » (p. 9 du rapport d'expertise), soit depuis 2004/2005, ne contient rien à ce sujet. Il suit de là que l'expert R. _____ n'a pas tenté de constituer un dossier médical complet à propos de l'assurée. Or, il se devait d'autant plus de disposer de documents fiables et objectifs qu'il relève l'attitude hostile de l'assurée pendant l'anamnèse, laquelle reste finalement évasive et peu contributive (cf. rapport d'expertise, p. 18). En s'abstenant de réunir les éléments factuels nécessaires à l'établissement de son rapport, l'expert s'est privé de la possibilité de reconstituer avec exactitude l'anamnèse de l'assurée.

- 31 - b) La recourante soutient encore que l'appréciation du Dr R. _____ ne serait pas convaincante dans la mesure où elle ne prendrait pas en compte l'ensemble de son état général. Pris dans sa globalité, celui-ci ferait selon elle obstacle à la reconnaissance d'une capacité de travail complète. Dans son rapport, le Dr R. _____ met en évidence une polyneuropathie diabétique débutante, responsable de l'abolition des réflexes achilléens et

de quelques troubles de la sensibilité. De son côté, le Dr A. _____ retient également une telle affection. Tout en constatant son caractère électriquement modeste, il considère toutefois la mise en oeuvre d'examens complémentaires nécessaires aux fins d'exclure une cause vasculaire. C'est la raison pour laquelle, il a adressé l'assurée au Dr X. _____. Le dossier ne contient cependant pas d'avis émanant de ce praticien, de sorte que l'on ignore si ces examens ont eu lieu et, le cas échéant, à quelles conclusions ils ont abouti. Ensuite, l'expert affirme qu'il n'y a pas d'incapacité de travail résultant du status après transplantation rénale. Outre que cette assertion n'est pas motivée, elle se heurte à la déclaration du Dr W. _____ du 8 novembre 2013 selon laquelle l'évolution de la fonction du greffon ne serait pas favorable. Certes, le Dr W. _____ n'a pas mentionné dite évolution dans son rapport du 23 décembre 2013 à l'office AI, mais il n'en demeure pas moins qu'une incertitude subsiste quant à l'état de la fonction du greffon. Enfin, l'expert mentionne brièvement divers troubles relevant de plusieurs spécialités médicales (troubles visuels, paresthésies des doigts et des pieds, examen cardio-vasculaire et pulmonaire et douleurs abdominales). Il fait aussi allusion à des tests du foie perturbés, sans qu'une explication soit donnée à ce propos. Outre que l'expert R. _____ fonde dans une large mesure son analyse sur les déclarations de l'assurée, son appréciation – au demeurant fort succincte – ne permet pas de répondre à la question de savoir si et dans quelle mesure les troubles mis en évidence interagissent les uns avec les autres et contribueraient par là même à une péjoration de l'état de santé de l'assurée. Il s'ensuit que la situation médicale de cette dernière appelle un examen plus large que celui effectué par un seul

- 32 - spécialiste en médecine interne. Les problèmes médicaux mis en évidence lors des consultations effectuées en 2013 et 2014 en témoignent. Il découle de ce qui précède qu'il ne peut être accordé de valeur probante à l'expertise du Dr R. _____ en raison de son caractère largement lacunaire, tant en ce qui concerne l'anamnèse que s'agissant de la situation médicale particulière de l'assurée. En outre, l'opinion de l'expert repose pour l'essentiel sur les seules plaintes subjectives exprimées par la recourante au cours de l'expertise, faute d'avoir requis des documents émanant des médecins ayant examiné l'assurée, respectivement des hôpitaux dans lesquels elle a séjourné. Il s'ensuit que l'office intimé ne pouvait s'en contenter. 7. Ainsi, en présence d'une instruction lacunaire et non d'un seul conflit d'avis médicaux imposant une surexpertise, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI dans la mesure où, avant de confier au Dr R. _____ le soin de réaliser une expertise, l'intimé n'a pas actualisé les données médicales en sa possession, puisque le dernier rapport médical est celui complété sur formulaire ad hoc par le Dr W. _____ en date du 29 juin 2009. Dans ce contexte, l'absence d'un avis émanant de la Dresse C.C. _____ – laquelle a suivi l'assurée en 2010 – se comprend dans la mesure où les données médicales n'ont pas été actualisées depuis 2009. En outre, il n'apparaît pas que l'administration ait cherché à obtenir des renseignements auprès du Dr X. _____, alors même que le Dr A. _____ avait annoncé que l'assurée serait adressée à ce dernier pour des investigations complémentaires. Au vu des circonstances, il convenait néanmoins, sur un plan asséculo-logique, de documenter davantage la situation médicale de l'assurée. Cela fait, il appartiendra à l'administration intimée, pour autant qu'elle compte alors toujours procéder à la révision de la rente, de diligenter une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA comprenant à tout le moins un volet de médecine interne, endocrinologique/diabétologique, neurologique et rhumatologique afin d'effectuer une nouvelle évaluation de la capacité de travail et du

- 33 - rendement exigible de la recourante dans une activité adaptée, à l'aune des affections constatées et des limitations qu'elles entraînent. Il sied de souligner dans ce contexte que des investigations complémentaires sur le plan psychiatrique ne se justifient pas à ce stade, dans la mesure où la recourante ne se prévaut pas d'atteintes de ce type. Quant au diagnostic de « personnalité immature avec des traits narcissiques (F 60.8) » posé lors de l'examen bidisciplinaire effectué au SMR en mai 2002, il ne saurait à l'évidence suffire, faute d'avoir été considéré par un spécialiste comme incapacitant. Il va toutefois de soi que les experts disposeront de toute la latitude nécessaire pour s'adjoindre, le cas échéant, les services d'un autre spécialiste si l'examen de la situation médicale l'imposait, étant précisé que tant l'office intimé que les experts désignés par ses soins s'abstiendront de faire appel au Dr R. _____ en tant qu'expert. On ajoutera encore que le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence). 8. a) En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 13 juin 2014, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'un représentant qualifié du Centre social protestant - Vaud, qui peut se voir accorder des dépens, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'ampleur des activités déployées en procédure judiciaire, de fixer à 600 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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