

VD_GERICHTE ZD15.022190 vom 27. Juli 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-07-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.022190

FR: VD_GERICHTE ZD15.022190 du 27 juillet 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.022190 del 27 luglio 2017

Erwägungen

E. 4

Sur le plan procédural, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation professionnelle (cf. TF 9C_283/2016 du 5 décembre 2016 consid. 6.2 et les références citées). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico- théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (cf. art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (cf. art. 53 al. 2

- 25 - LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (cf. TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 avec les références). En l'espèce, l'OAI a considéré en 2015 que la recourante n'avait plus droit à une rente d'invalidité alors qu'elle était au bénéfice d'une telle rente depuis 1997, soit depuis plus de quinze ans. L'office n'a pas examiné la question des mesures d'ordre professionnel sous cet angle, se limitant à observer que le taux d'invalidité de 15% n'ouvrait pas de droit à des mesures de reclassement. Pour ce premier motif, il y a lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il procède conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, ceci dans l'hypothèse d'une réduction ou suppression de rente.

E. 5

Sur le fond, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis la décision du 22 novembre 2006. 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son

- 26 - 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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%. b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a un recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). c) 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

- 27 - expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (cf. consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1, 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 et 9C_745/2010 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références). 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 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016

consid. 6.2, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2, avec la jurisprudence citée).

- 28 -

E. 6

a) En l'espèce, sur le plan somatique, lors de la décision du 22 novembre 2006, les Drs M._____ et G._____ ont posé le 27 mars 2003 les diagnostics de souffrance de la coiffe des rotateurs après réparation chirurgicale et après maladie de Südeck, avec discrète limitation fonctionnelle. Ils ont estimé l'incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-jardinière et de l'ordre de 40 à 50% dans une activité adaptée semi- sédentaire, où le membre supérieur droit ne serait que peu sollicité, avec limitations des charges à 1 kg, ainsi que limitation des mouvements de rotation externe au-delà de 30° et d'abduction-antéépulsion au-delà de 70°. Ils ont observé que la recourante présentait une pathologie dégénérative de la coiffe des rotateurs à droite avec, comme témoin actuel, une rupture du long chef du biceps et une diminution radiologique de l'espace sous- acromial. Toutefois, ils ont relevé qu'il existait des phénomènes d'amplification et qu'il était difficile d'interpréter électivement les tests isométriques et les mouvements d'amplitude de l'épaule, la recourante adoptant une attitude d'épargne du membre supérieur, qui était défavorable et sans doute responsable de la discrète amyotrophie proximale constatée. Le 17 octobre 2005, le Dr R._____ a posé les diagnostics de status après opération de la coiffe des rotateurs avec séquelles douloureuses et limitation de l'épaule droite, état dépressif d'intensité moyenne et arthrose évoluée de l'articulation astragalo-scaphoïdienne bilatérale. Il a indiqué que l'état de santé de la recourante était stationnaire et que, depuis juillet 2002, il la voyait régulièrement à la consultation pour des douleurs persistantes de l'épaule droite. Il a considéré que l'incapacité de travail était totale dans toute profession en raison de la chronicité de la maladie de la recourante, dont l'évolution n'était pas favorable. Par la suite, dans son rapport du 15 mars 2010, le Dr R._____ a indiqué que l'état de santé de la recourante était stationnaire. Il a mentionné que suite à l'opération de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, elle présentait des douleurs persistantes et une limitation de la mobilité de cette épaule. Il a constaté en outre des douleurs aux chevilles.

- 29 - Interpellé dans le cadre de la procédure de révision ayant abouti à la décision attaquée, le Dr R._____ n'a pas donné d'autres renseignements sur le plan somatique dans son rapport du 27 mars 2013. Il n'a pas décrit l'évolution de l'état de santé de la recourante, mais s'est limité à évoquer les douleurs dont elle lui avait fait part, sans mentionner de constatations objectives. Il n'a d'ailleurs pas donné de précisions sur son appréciation de la capacité de travail au niveau somatique. Ses conclusions ne peuvent dès lors être suivies. Tel n'est en revanche pas le cas des conclusions formulées par les Drs H._____ et K._____ dans leur rapport du 31 octobre 2014. Ils ont posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de douleur chronique de l'épaule droite, dans un contexte de déchirure tendineuse partielle du sus-épineux avec calcification hétérotopique de la face inférieure de l'acromion, et d'arthrose de l'articulation astragalo-scaphoïdienne bilatérale. Après avoir fait effectuer des examens radiologiques, ils ont expliqué que malgré la réparation de la coiffe des rotateurs effectuées en 1996, la recourante présentait une déchirure superficielle du tendon distal du muscle sus-épineux, sans atrophie de ce muscle selon l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du

E. 7

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_16212007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est 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 ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, au vu des lacunes d'instruction, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il

- 35 - appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier sur le plan médical par une évaluation psychiatrique. Il aura aussi à tenir compte de l'évolution de l'état de santé de la recourante sur le plan somatique depuis l'examen des médecins du SMR du 12 septembre 2014. Dans l'hypothèse où la rente devrait être réduite ou supprimée, des mesures d'ordre professionnel devront être ordonnées. c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par la recourante.

E. 8

a) En conséquence, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. 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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 2'500 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (cf. art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD), ce montant couvrant largement l'indemnité d'office qui aurait été allouée à Me Peca.

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