

VD_GERICHTE ZD17.010757 vom 27. September 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.010757

FR: VD_GERICHTE ZD17.010757 du 27 septembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZD17.010757 del 27 settembre 2017

Erwägungen

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

E. 4

En vertu 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 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. 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

- 17 - ont subi un changement important. 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. 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. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

E. 5

a) En l'occurrence, au terme de la procédure de révision initiée en avril 2015, l'intimé a refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité versée depuis le 1er mars 2009 à l'assuré. Il a constaté l'absence d'élément objectif de péjoration documenté, la capacité de travail exigible demeurant inchangée. Le recourant soutient pour sa part que son état s'est péjoré et qu'en raison d'une incapacité de travail totale dès le 4 mars 2015, il devrait être mis au bénéfice d'une rente entière depuis le 1er juillet 2015. Dans la présente procédure de révision, initiée à la suite de l'annonce par l'assuré d'une péjoration de son état de santé, des rapports ont été demandés aux médecins qui le suivent. Il convient dès lors d'examiner si ces éléments établissent une péjoration de son état de santé. b) Aux plans neurologique et épiléptologique, à la suite d'une consultation du 26 mai 2015, le Professeur V._____ a fait état d'une évaluation EEG parfaitement normale, aussi bien au repos que lors des épreuves de stimulation. Lors de son contrôle le 28 janvier 2016, le Professeur V._____ a fait part d'une situation excellente sur le plan épiléptologique, à l'exception d'un petit

malaise mal systématisé aux dires

- 18 - de l'épouse de l'assuré survenu en décembre 2015 mais sans autre phénomène particulier. Il a également noté que l'évaluation EEG était restée parfaitement normale. Compte tenu de la stabilisation observée, il avait d'ailleurs été convenu de diminuer le Keppra® (de 500 mg le matin et 250 mg le soir) à 2 x 250 mg par jour. Le Professeur V._____ a confirmé le 12 octobre 2016 la stabilité de l'épilepsie. Ainsi l'opinion du 23 juin 2015 du Dr B._____, lequel n'est en outre pas spécialiste en neurologie, qui a évoqué une incapacité de travail totale et relevé en situations de stress une recrudescence des symptômes neurologiques avec des auras, des céphalées et une fatigue lors desquelles pouvaient survenir des crises d'épilepsie, est contredite par les rapports postérieurs du Professeur V._____. Du point de vue neurologique et épiléptologique, il n'y a dès lors aucun nouveau diagnostic, respectivement aucune nouvelle atteinte incapacitante, depuis le volet neurologique de l'expertise au F._____ du 28 avril 2009, qui atteste une péjoration de l'état de santé du recourant. c) Sur le plan orthopédique, le Professeur V._____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré courant 2016 avec des douleurs articulaires importantes confirmées par les Drs P._____ et H._____ (rapport du 12 octobre 2016 du Professeur V._____, p. 1). Le 21 novembre 2016, le Dr P._____ a toutefois attesté que la fracture de la jambe avait parfaitement guéri sans laisser de séquelles et ne générait aucune atteinte incapacitante. Le Dr H._____ a confirmé pour sa part le 17 novembre 2016 l'absence de diagnostic incapacitant du point de vue ostéo-articulaire. De l'avis de ce spécialiste, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée au problème ostéo-articulaire était de 100%. Il n'y a par conséquent aucune pièce au dossier propre à établir une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan orthopédique depuis l'été 2010. d) Du point de vue ophtalmique, la situation est stable, comme l'a retenu la Dresse C._____ du SMR dans son avis du 23 décembre 2016. Contrairement à ce qu'affirme le recourant dans sa réplique, les éléments décrits par le Dr B._____ le 23 juin 2015, selon

- 19 - lequel toute situation de stress engendre une recrudescence des symptômes neurologiques avec des auras, des céphalées et de la fatigue, n'ont pas une origine ophtalmique. Depuis l'avis du 7 octobre 2009 du Professeur N._____ qui évaluait la capacité de travail de l'assuré à 50% en raison des atteintes oculaires (larmoiements, brûlures oculaires et une vision floue, souvent accompagnés de céphalées, dès que celui-ci essayait de se concentrer plus de deux heures sur un texte), il n'y a pas d'avis de spécialistes attestant une péjoration sur cet axe. Le 12 juin 2015, le Dr G._____, ophtalmologue, a du reste indiqué que l'assuré pouvait travailler la moitié du temps, jugeant l'évolution de l'état de santé stable. e) Enfin, au plan psychiatrique, le Dr K._____ a fait état d'une fatigue et d'une fatigabilité sévères depuis la fin 2014 justifiant à son avis une aggravation de l'état de santé. Le Dr K._____ posait au demeurant en octobre 2009 le diagnostic d'état dépressif d'intensité moyenne (F 32.2), alors qu'il a estimé le 24 avril 2015 que son patient présentait désormais un trouble dépressif récurrent, avec épisode actuel moyen à sévère (F33.2). En outre, en 2009, le Dr K._____ estimait encore que son patient pouvait travailler à 50%, alors qu'en avril 2015, il a fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 3 mars 2015. S'il est constant que l'état du recourant est compliqué d'une intrication de problèmes physiques et psychiques, comme le relève le Dr K._____ (cf. rapport du 24 avril 2015), ce seul fait, déjà connu en 2008, n'atteste pas à lui seul une péjoration de l'état de l'assuré. Autre est toutefois l'affirmation du Dr K._____ selon

laquelle son patient présente désormais une fatigabilité sévère, une baisse de l'élan vital, une tristesse, un découragement, un sentiment d'indignité, ainsi qu'une tendance au repli et à l'isolement social. Ces éléments plaident en faveur d'une aggravation, dans la mesure où, dans son examen de 2008, le Dr J. _____ estimait que la vigilance était normale et que l'assuré ne présentait pas de troubles de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, ni d'état de tristesse. Le raisonnement et le jugement étaient conservés, quand bien même un contact assez particulier était mentionné, avec des réponses parfois floues. Le Dr J. _____ avait du reste retenu sur la base du tableau clinique un trouble dépressif récurrent en rémission

- 20 - (F33.4) ainsi que des traits de personnalité obsessionnel et narcissique, estimant que l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle du point de vue strictement psychiatrique. Après des incapacités de travail de 100% du 11 mars au 31 octobre 2008, puis de 50% du 1er au 30 novembre 2008, l'assuré disposait pour l'expert J. _____ à nouveau d'une capacité de travail totale, sans baisse de rendement, dès le 1er décembre 2008. Or les éléments mis en avant par le psychiatre traitant vont dans le sens d'une nouvelle péjoration de l'état de santé de l'assuré au plan psychiatrique, et ce quand bien même le Dr K. _____ a estimé que la compliance médicamenteuse était tout à fait bonne. Il résulte de ce qui précède que les rapports successifs du Dr K. _____ produits en procédure établissent que l'état de santé de l'assuré s'est détérioré sur le plan psychiatrique depuis le volet psychiatrique de l'expertise du F. _____ du 28 novembre 2008. Il incombait dès lors à l'OAI d'investiguer cette question, ce qu'il n'a pas fait. Il n'est au demeurant pas possible de statuer en l'état, dans la mesure notamment où il manque une approche pluridisciplinaire, laquelle n'avait en outre pas été faite dans le cadre de l'expertise du F. _____, les volets psychiatrique et neurologique de cette expertise ayant consisté en deux expertises successives sans synthèse coordonnée. L'expertise du F. _____ date par ailleurs de près de dix ans, et n'avait pas intégré le volet ophtalmique.

E. 6

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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

- 21 - particulier (TF 9C_162/2007 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 (DTA 2001 n° 22 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, l'OAI a statué sur la base d'un dossier lacunaire sur le plan médical. Dans ces circonstances, il se

justifie d'ordonner le renvoi de la cause à cet office – auquel il 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 –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il y a donc lieu de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA, comportant à tout le moins un volet psychiatrique, ophtalmique et neurologique. En effet, s'il est constant que c'est au plan psychiatrique que l'instruction a été défailante, il n'en demeure pas moins que le cas du recourant n'a jamais fait l'objet d'une approche pluridisciplinaire intégrant son atteinte ophtalmique, alors qu'à lecture de l'avis du Dr T. _____ du SMR du 25 janvier 2010, respectivement de l'arrêt de la Cour de céans du 7 avril 2010, c'est l'atteinte ophtalmique qui a conduit à reconnaître une capacité de travail de 50% à l'origine de la demi-rente en cours. Compte tenu de la pluralité d'atteintes, seul un examen pluridisciplinaire comportant une appréciation globale de la situation de l'assuré permettra de renseigner valablement sur son état. Il appartiendra ensuite à l'office de rendre une nouvelle décision.

- 22 -

E. 7

a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (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. Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI, ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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