

# VD\_GERICHTE ZD17.012119 vom 18. September 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-09-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.012119](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.012119)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.012119 du 18 septembre 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.012119 del 18 settembre 2018

## Erwägungen

### E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

- 12 - (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

### E. 2

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées). b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la

- 13 - contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d). c) Le litige porte en l'espèce sur le taux d'invalidité présenté par la recourante dès le mois de juillet 2016, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle dès cette date. Il appartient plus particulièrement de déterminer si son degré d'invalidité a subi une

modification significative entre les décisions du 13 décembre 2010 lui ayant reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 2011 – à savoir la dernière décision entrée en force qui repose 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 la décision litigieuse.

### **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**

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 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 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon 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.

- 14 - Pour déterminer s'il y a motif à réviser une rente, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force qui repose 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 la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité peut donner lieu à une révision de la rente. 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 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de l'augmentation ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1). 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 (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce

changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré

- 15 - trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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, il est déterminant 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 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

- 16 - 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 ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 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 divergente de celle de l'expert (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF

9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

## E. 5

En l'espèce, dans le cadre d'une procédure de révision d'office, l'OAI a constaté d'une part, que l'incapacité de travail de la recourante était totale du 1er novembre 2014 au 18 juillet 2016 sur le plan psychiatrique, justifiant l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1er février 2015 au 31 octobre 2016 et, d'autre part, que sa capacité de travail dans une activité adaptée était totale à compter du 18 juillet 2016 et a, de ce fait, supprimé la demi-rente allouée depuis le 1er février 2011. Il convient ainsi d'examiner si le degré d'invalidité subie par

- 17 - l'assurée a subi une modification significative entre la décision du 13 décembre 2010, lui reconnaissant le droit à une demi-rente, et la décision litigieuse du 17 février 2017. a) Pour rendre la décision du 13 décembre 2010, l'OAI s'était fondé sur l'avis des néphrologues du Centre L. \_\_\_\_\_ et sur l'avis médical du SMR du 5 octobre 2010. Il convient de rappeler à ce stade que la décision du 13 décembre 2010 a été rendue dans le cadre d'une procédure de révision d'office, la recourante étant préalablement au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1er mai 2005 en raison de ses problèmes rénaux. En effet, dans sa décision initiale octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité dès 2005, l'OAI avait considéré que l'intéressée était capable de travailler uniquement à 20 % en raison de son insuffisance rénale. Lors de la procédure de révision d'office de la rente entamée en 2010, il est apparu que suite à la greffe de rein subie en janvier 2009, l'assurée avait pu augmenter son taux de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit dans une activité uniquement en position assise ou permettant l'alternance des positions. Les médecins du SMR ont relevé, dans leur avis du 5 octobre 2010, que l'état de santé de l'intéressée s'était améliorée consécutivement à la greffe de rein, mais qu'il subsistait en revanche une grande fatigabilité, citée au nombre des limitations fonctionnelles, liée à la prise du traitement immunosuppresseur, qui fondait une incapacité de travail à 50%. Ces praticiens ont précisé que cette capacité de travail à 50% valait pour toute activité. C'est donc en raison des atteintes néphrologiques présentées par la recourante, et plus particulièrement de la fatigabilité liée au traitement immunosuppresseur, qu'une demi-rente d'invalidité a été octroyée. Il importe au demeurant de souligner que l'incapacité de la recourante d'exercer son activité habituelle de laborantine est admise par l'OAI, de sorte que seule la question de la capacité de travail dans une activité adaptée demeure litigieuse.

- 18 - b) Au cours de la procédure de révision initiée par l'OAI à la fin 2011, l'intéressée a été examinée par divers spécialistes dans les domaines psychique et somatique. aa) Sur le plan psychique, la recourante a tout d'abord été examinée par la Dresse V. \_\_\_\_\_, qui avait posé le diagnostic de trouble dépressif, puis par le Dr T. \_\_\_\_\_ dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 16 août 2016, ce spécialiste a retenu le diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel léger à moyen, avec syndrome somatique, en rémission complète. Selon lui, la capacité de travail de l'assurée était nulle jusqu'au 18 juillet 2016, l'intéressée ayant en revanche recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter de cette date. L'expert retient également qu'avant 2014, il n'existait aucun antécédent psychiatrique chez la recourante. Il ressort de cette expertise, dont le caractère probant doit être admis – lequel n'est au demeurant pas contesté – qu'au mois de juillet 2016, l'état de santé psychique de l'assurée s'est amélioré. C'est ainsi à bon droit que l'OAI a retenu une incapacité totale de travail sur le plan psychiatrique du 1er

novembre 2014 au 18 juillet 2016, justifiant une augmentation momentanée de la rente d'invalidité, respectivement l'octroi d'une rente entière d'invalidité fondé sur les problèmes psychiatriques de l'intéressée du 1er février 2015 – soit après trois mois d'aggravation – jusqu'au 31 octobre 2016 – soit après trois mois d'amélioration. Il est toutefois précisé que la rente a été supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision du 17 février 2017, soit dès le 1er avril 2017. Il reste encore à déterminer si l'assurée, à la suite de l'amélioration de son état de santé psychique, présente encore une incapacité de travail pour des raisons somatiques, respectivement si son état de santé sur le plan somatique s'est modifié depuis la décision du 13 décembre 2010 par laquelle l'OAI avait maintenu le droit à une demi-rente d'invalidité.

- 19 - bb) S'agissant des atteintes somatiques dont se prévaut la recourante, il n'existe aucune restriction physique liée à sa chirurgie de l'obésité, ainsi que l'a relevé le Dr H. \_\_\_\_\_ dans ses rapports du 9 février 2012 et du 5 février 2013. La recourante souffre également de lombalgies chroniques et de gonalgies dues essentiellement à une surcharge pondérale et à un déconditionnement musculaire. S'il paraît évident que le surpoids de l'assurée rend plus difficile son quotidien et entraîne une fatigue sur le plan physique, il reste que le Dr C. \_\_\_\_\_ a relevé l'absence de signes inflammatoires, ainsi que de déficits moteurs ou sensitifs. La recourante relève que ses douleurs dorsales et aux genoux se sont intensifiées depuis 2012. Or, force est de constater qu'une telle aggravation n'est aucunement documentée sur le plan médical. En effet, il figure au dossier uniquement le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_, rhumatologue, datant de 2014. Il semblerait en revanche que la recourante n'ait pas fait l'objet d'un suivi par un spécialiste en la matière. Le fait que le Dr F. \_\_\_\_\_ souligne une péjoration de l'état de sa patiente sur le plan rhumatologique ne suffit pas, ce praticien étant spécialisé en néphrologie. En tout état de cause, l'activité qualifiée d'adaptée par l'OAI – soit une activité dans le domaine tertiaire – reste compatible avec les limitations fonctionnelles attestées par le Dr C. \_\_\_\_\_, soit des limitations dans sa capacité de porter et soulever des charges de plus de 5kg, de rester en position statique assise et debout et nécessitant l'alternance des positions. cc) Sur le plan néphrologique, le Dr M. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 21 septembre 2012, a indiqué qu'il n'existait plus de restriction physique en lien avec la transplantation. Cette amélioration de l'état de santé sur le plan néphrologique a été confirmée par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 décembre 2016. L'absence de conséquences négatives liées à la greffe – et par conséquent à l'insuffisance rénale dont souffrait

- 20 - l'assurée – a d'ailleurs déjà été retenue par l'OAI dans sa décision du 13 décembre 2010, laquelle n'a pas été contestée par l'assurée. Il reste par conséquent à déterminer si, depuis la décision du 13 décembre 2010 réduisant la rente d'invalidité de l'intéressée à une demi-rente dès le 1er février 2011, l'assurée a présenté une amélioration de son état de santé, comme le retient l'intimé, sur le plan de la fatigabilité induite par son traitement immunosuppresseur. L'OAI s'est en effet rallié à l'avis du 19 juin 2013 du Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR pour retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante sur ce plan. A cet égard, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu en septembre 2012 que la situation médicale de l'intéressée demeurait inchangée depuis l'opération de 2009. De son côté, le Dr F. \_\_\_\_\_ a estimé, dans ses rapport du 11 juillet et 6 décembre 2016, la capacité de travail de l'intéressée à 50% en raison notamment de la fatigue liée au traitement immunosuppresseur. c) Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que les constatations des médecins du SMR, en particulier le Dr K. \_\_\_\_\_, sur lesquelles l'intimé fonde sa décision de

révision de rente, ne portent pas sur des faits nouveaux sur le plan néphrologique, à savoir une amélioration de l'état de santé ou de la capacité de travail, mais ne traduisent qu'une différence d'appréciation des répercussions du traitement immunosuppresseur, soit la fatigabilité, sur la capacité de travail de la recourante, par rapport à celle posée par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ du SMR dans leur avis médical du 5 octobre 2010. Dans ce contexte, il ne s'agit pas de procéder à une comparaison du bien-fondé de chacune de ses appréciations médicales, ni de déterminer laquelle doit être suivie. La décision du 13 octobre 2010, octroyant à l'assurée une demi-rente d'invalidité, a été rendue sur la base des pièces médicales au dossier à l'époque, soit près de deux ans après la greffe rénale, décision que l'intimé ne soutient pas qu'elle serait manifestement erronée. Il convient donc de s'y tenir en l'absence de modification notable des circonstances depuis lors. En d'autres termes, c'est à tort que l'OAI a retenu que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré sur le plan somatique entre la décision du 13 décembre 2010 et la décision litigieuse,

- 21 - cet état étant, en réalité, demeuré inchangé eu égard au maintien du traitement immunosuppresseur et des conséquences qu'il engendre. La recourante doit dès lors être suivie lorsqu'elle indique ne pas pouvoir travailler à un taux supérieur à 50%. d) En définitive, l'intimé n'était pas fondé à supprimer le versement d'une rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois à compter de la notification de la décision du 17 février 2017, soit le 1er avril 2017, selon l'art. 88bis al. 2 LAI.

#### **E. 6**

Vu l'issue de la procédure, la mise en œuvre de l'expertise requise par la recourante n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

#### **E. 7**

a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité pour la période courant dès le 1er avril 2017. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe. Par ces motifs,

- 22 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 17 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que X.\_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité pour la période courant dès le 1er avril 2017. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 2'500 francs (deux mille cinq cents francs). La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à

: - Procap Suisse, Service juridique (pour X. \_\_\_\_\_), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

- 23 - juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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