

## **VD\_GERICHTE ZD17.048769 vom 19. November 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-11-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.048769](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.048769)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.048769 du 19 novembre 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.048769 del 19 novembre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées). c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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

- 10 - lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). d) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201)

précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

- 11 -

#### **E. 4**

a) En l'occurrence, l'OAI s'est fondé sur l'expertise du 5 décembre 2016 et son complément du 6 février 2017 pour reconnaître à la recourante une capacité de travail et de gain de 80% dès le 1er janvier 2016. L'assurée conteste pour sa part le caractère probant de l'expertise en question et allègue une capacité de travail de 50% à partir du 1er juin 2016. La Cour de céans relève avec la recourante que le Dr W. \_\_\_\_\_ a modifié, sans aucune explication, les conclusions de son expertise en avançant d'une année la date de l'exigibilité d'une reprise du travail à 80%, soit du 1er janvier 2017 au 1er janvier 2016. Une telle modification de ses conclusions impliquait, au minimum, de la part du Dr W. \_\_\_\_\_, qu'il prenne une position circonstanciée en détaillant les raisons pour lesquelles il estimait désormais que la recourante pouvait travailler à 80% dès le 1er janvier 2016. En modifiant son rapport d'expertise de la sorte, sur la seule base d'un questionnaire complémentaire adressé par le SMR, il laisse planer un sérieux doute, sinon sur son indépendance, du moins sur son degré de conviction quant à l'exigibilité désormais attestée et sa capacité à motiver dûment la modification de ses constatations. Cela étant, l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ soulève effectivement, à juste titre, quelques doutes sur l'incapacité de travail persistante de 50 % attestée par les médecins traitants. De façon pertinente, il souligne notamment qu'une telle incapacité de travail s'accommode mal d'une activité exercée trois jours consécutivement à 80 %, une semaine sur deux, et deux jours consécutivement à 80 % une semaine sur deux. En revanche, l'expert est moins convainquant lorsqu'il observe que les symptômes que présente l'assurée n'ont que peu de retentissement sur sa vie quotidienne, alors qu'on lit dans une note de suivi du CHUV, rédigée le 29 juillet 2016, qu'outre l'arrêt de travail à 50 %, l'atteinte à la santé a un retentissement «+++», avec une labilité émotionnelle, que l'assurée présente une baisse de la libido et une qualité de vie considérablement impactée et que le traitement par exemestane a été arrêté en août 2015 en raison d'intolérance

- 12 - (nausées, vomissements, fatigue, douleurs, etc.). La Dresse [...] fait un constat similaire dans son rapport du 10 août 2016. L'expert semble également accorder une certaine importance au fait que l'asthénie persiste malgré l'arrêt de l'hormonothérapie. Les médecins traitants ont toutefois exposé qu'il n'était pas rare que l'asthénie se prolonge après l'arrêt des traitements (cf. rapport du 24 mai 2017 de la Dresse R. \_\_\_\_\_). Par ailleurs, l'hormonothérapie n'avait pas que l'asthénie pour effet. Les autres symptômes provoqués par ce traitement étaient à l'évidence importants, puisque la recourante, en dépit des

recommandations de ses médecins et malgré le risque de récurrence de son cancer, a interrompu sa médication à plusieurs reprises entre novembre 2014 et août 2016. Le Dr W.\_\_\_\_\_ expose encore que l'assurée n'est pas démonstrative mais qu'il y a une majoration des plaintes concernant la fatigue, difficilement explicable dans le sens où l'intensité de la fatigue n'est pas en accord avec ce qui est usuellement observé à distance de la fin d'une chimiothérapie. Le caractère inusuel d'une fatigue intense persistant plusieurs années après la fin d'une chimiothérapie ne suffit toutefois pas à constater une majoration des plaintes dans un cas particulier. Le fait que l'assurée a retrouvé une capacité de travail «sub-complète» dès la cessation des indemnités journalières allouées par l'assurance perte de gain en novembre 2015 semble être une circonstance sur laquelle le Dr W.\_\_\_\_\_ s'est appuyé pour former son appréciation (cf. expertise, p. 24). Or cette circonstance ne traduit pas un manque de volonté de la recourante de reprendre une activité correspondant à sa capacité de travail réelle aussi longtemps qu'elle bénéficiait d'indemnités journalières, contrairement à ce que laisse entendre l'expert par cette observation. La recourante a exposé, de manière probante, qu'elle a repris une activité à 80 % par nécessité financière, contre l'avis de son médecin traitant qui préconisait une reprise du travail à 50 % seulement (opposition du 19 février 2016). Cette allégation est corroborée par un courrier du 5 octobre 2015 de la Ligue vaudoise contre le cancer à l'OAI, dans laquelle une assistante sociale expose que le 6 novembre 2015, une reprise du travail ferait

- 13 - l'objet d'une discussion avec l'oncologue traitant, ce dernier évoquant pour l'heure une reprise du travail à 20 %. Dans ce contexte, la réponse du 25 novembre 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_ à un questionnaire de l'OAI, faisant état d'une reprise du travail à 100 % dès le 9 novembre 2015, est manifestement erronée. La recourante n'a repris qu'à 80%, très probablement contre l'avis des médecins traitants, par nécessité financière et sans qu'il soit établi, à ce stade, que cela correspondait à sa capacité de travail réelle. Quoi qu'il en soit, les médecins traitants ont par la suite attesté une incapacité de travail totale du 18 janvier au 21 janvier 2016, puis du 19 février au 28 février 2016, avant de fixer à 50 % l'incapacité de travail dès le 29 février 2016. Sur ce point également, la valeur probante de l'expertise établie par le Dr W.\_\_\_\_\_ est fragilisée, tant en ce qui concerne son appréciation de la capacité résiduelle de travail que la date à laquelle il fixe l'exigibilité d'une reprise du travail à 80 %. b) Dans le cadre de son recours, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, menée par un oncologue, un neurologue et un psychiatre. Au vu de ce qui précède, et compte tenu du traitement antidépresseur introduit par le Dr X.\_\_\_\_\_, une expertise menée conjointement par un oncologue, un spécialiste en médecine interne et un psychiatre paraît justifiée. On observera dans ce contexte que l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_, en ce qui concerne la date de l'exigibilité fixée dans un second temps, présente une valeur probante insuffisante, que l'aspect psychiatrique n'a pas encore fait l'objet d'investigation et qu'aucun expert oncologue ne s'est exprimé sur le cas de la recourante. Dans ces conditions, un renvoi à l'assurance intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA, plutôt que l'administration d'une expertise judiciaire, est opportun et la jurisprudence du Tribunal fédéral ne s'y oppose pas (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Berne/St-Gall/Zurich 3ème éd. 2015, n° 27 ad art. 43 LPGA).

- 14 -

**E. 5**

a) Il résulte des considérants que le recours doit être admis pour constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents, que la décision attaquée doit être annulée et que la cause doit être renvoyée à l'OAI pour 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 (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'intimé, qui succombe. c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD), dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs (art. 61 let. g LPGA et art. 11 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont fixés à 2'400 fr. vu l'ampleur du dossier et sa complexité. Le montant des dépens sera mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

- 15 -

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