

VD_GERICHTE ZD18.003965 vom 28. Januar 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.003965

FR: VD_GERICHTE ZD18.003965 du 28 janvier 2020

IT: VD_GERICHTE ZD18.003965 del 28 gennaio 2020

Erwägungen

E. 2

RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements

- 19 - médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

E. 5

En l'espèce, il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 24 juin 2009 (dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel de la situation), justifiant la modification du droit à cette prestation telle qu'arrêtée par l'intimé aux termes de sa décision du 7 décembre 2017. a) A la suite de la demande initiale de prestations déposée le 27 juin 2008, les documents médicaux au dossier ont mis évidence des tassements vertébraux (L1, L2, L3) dans le contexte d'une ostéoporose fracturaire sévère et des troubles statiques et dégénératifs du rachis (D5- D6, D7-D8, D10-D12 ; L4-L5, L5-S1), induisant une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une exigibilité de 50 % dans une activité légère adaptée, sans port de charges de plus de 5kg ni efforts en rotation du tronc et avec alternance des positions debout et assise (bilan IRM du 13 mars 2008 ; rapport de la Dre H. _____ du 7 août 2008 ; rapport SMR des Drs K. _____ et D. _____ du 15 octobre 2008). Il a par ailleurs été constaté que l'intéressée présentait une infection au VIH stabilisée sous trithérapie et un épisode dépressif sévère en rémission depuis décembre 2007, ces atteintes n'étant pas considérées comme incapacitantes (rapport de la Dre N. _____ du 17 juillet 2008 ; rapport d'expertise psychiatrique du Dr J. _____ du 22 mai 2008 et son complément du 18 juin 2008 ; rapport SMR précité du 15 octobre 2008). C'est sur cette base qu'a été rendue la décision du 24 juin 2009 octroyant une demi-rente à l'assurée dès le 1er janvier 2008.

- 20 - A l'issue d'une procédure de révision d'office initiée en novembre 2009, il a par ailleurs été considéré que la situation médicale n'avait pas évolué (avis médical SMR de la Dre O. _____ du 30 août 2010 ; communication de l'OAI du 16 septembre 2010). b) Sur le plan somatique et plus particulièrement orthopédique, il est constant qu'une prothèse totale de la hanche droite a été mise en place le 12 juin 2012 des suites d'une coxarthrose, avec des complications en la forme d'une luxation de ladite prothèse et d'une fracture

trochantérienne avec réduction fermée le 17 août 2012 (rapport de l'Hôpital [...] du 1er octobre 2012 ; rapport de la Dre Y. _____ du 15 janvier 2013). La réadaptation a permis à l'assurée de regagner en autonomie, avec toutefois un équilibre instable et un risque de chute (rapport précité du 1er octobre 2012). Puis, l'évolution a successivement été considérée comme plutôt favorable (rapport du Dr EE. _____ du 23 avril 2014), bonne (rapport du Dr A. _____ du 11 novembre 2014) et enfin favorable (rapport du Dr F. _____ du 23 janvier 2015). Dans son rapport du 23 avril 2014, le Dr EE. _____ a certes mentionné une capacité de travail nulle ; cette appréciation porte toutefois sur la situation prévalant lors d'une précédente consultation du 23 avril 2013, soit moins d'une année après la pose de la prothèse, et ne comporte pas de motivation ni de description d'éventuelles limitations fonctionnelles. Dans son rapport du 23 janvier 2015, le Dr F. _____ a en revanche estimé que, sur la base du dernier contrôle effectué le 23 juin 2014, la capacité de travail était de 100 % dans une activité sédentaire et de 50 % dans une activité exercée debout, excluant les travaux physiques, sans port de charges, avec des restrictions au niveau des escaliers, des échelles, des échafaudages, ainsi que des positions à genoux ou accroupies. Tenant compte de ces évaluations, le Dr X. _____ a conclu à une aggravation temporaire avec une capacité de travail nulle dans toute activité dès la date de la mise en place de la prothèse jusqu'à une année après cette intervention, soit du 12 juin 2012 au 30 juin 2013, puis à une stabilisation sous l'angle orthopédique avec une exigibilité de 50 % dans une activité adaptée (avis médicaux SMR des 14 juin 2016, 11 janvier 2017 et 17 octobre 2017). Or, rien dans les avis de la Dre Y. _____ (des 15 janvier

- 21 - 2013, 28 octobre 2013 et 29 septembre 2016) ni dans les autres documents médicaux recueillis ne vient plaider à l'encontre d'une telle appréciation, laquelle s'inscrit dans la lignée des observations spécialisées au dossier et apparaît dès lors convaincante pour ce qui est des problèmes orthopédiques de l'assurée. Sous l'angle rhumatologique, il est indéniable que les troubles de l'assurée ont connu une certaine expansion – s'agissant en particulier de l'ostéoporose fracturaire, avec l'apparition de nouveaux tassements vertébraux, mais également sous l'angle des troubles dégénératifs du rachis, notamment au niveau des vertèbres cervicales, les médecins ayant en outre noté une cyphoscoliose, des omalgies et des gonalgies (rapport de la Dre II. _____ du 3 mai 2011 ; rapports du Service de rhumatologie du Centre hospitalier M. _____ des 6 août 2013, 13 janvier 2016 et 19 avril 2016). C'est toutefois en pleine connaissance de ces éléments (rapports des 13 janvier et 19 avril 2016) que les Drs W. _____ et L. _____ ont validé une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité sédentaire, sans port de charges trop conséquentes ni mouvements en force au-dessus des épaules (rapport du 19 avril 2016). Quant à l'appréciation contraire de la Dre Y. _____, elle repose essentiellement sur les douleurs – par définition subjectives – de l'assurée (rapports des 28 octobre 2013 et 29 septembre 2016) et non sur un quelconque élément objectif qui aurait échappé à l'attention des spécialistes du Centre hospitalier M. _____. On notera de surcroît que contrairement à ce que soutient la médecin traitante (rapport du 29 septembre 2016), l'échec de la mesure de réadaptation au début de l'année 2011 ne saurait infirmer à lui seul l'appréciation formulée par les Drs W. _____ et L. _____ au début de l'année 2016, étant ici rappelé que les données médicales l'emportent généralement sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle (cf. TF 8C_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 5.2 et les références citées). Si les Drs B. _____ et AA. _____ ont en outre péremptoirement conclu à une capacité de travail nulle du fait de cervico- dorso-lombalgies chroniques (rapport du 12 juin 2013), ils n'ont cependant fourni aucune motivation à

l'appui de cette appréciation, émise hors de

- 22 - leur sphère de compétence. Pour ce qui est en outre des rapports d'imagerie du Dr GG. _____ (des 27 avril, 4 mai et 26 juin 2017), ils portent sur des problématiques cervicales, dorsales et lombaires déjà connues des rhumatologues du Centre hospitalier M. _____ et n'évoquent, à cet égard, aucune modification notable des troubles affectant le rachis de la recourante. Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut que se rallier à l'appréciation du Dr X. _____ validant le maintien d'une exigibilité de 50 % sur le plan rhumatologique (avis SMR des 14 juin 2016, 11 janvier 2017 et 17 octobre 2017). C'est par ailleurs le lieu de relever que la recourante se prévaut en vain des troubles visuels signalés le 15 août 2013 par la Dre BB. _____ des suites d'une cataracte, dès lors qu'une opération a eu lieu au début de l'année 2016 (rapport de la Dre Y. _____ du 29 septembre 2016) et que rien au dossier n'incite à douter du succès de cette intervention. Quant à la suspicion de BPCO, elle était déjà connue lors de la procédure antérieure (rapport de la Dre N. _____ du 17 juillet 2008) et n'avait alors pas été jugée incapacitante. Or, force est de constater que les documents au dossier ne montrent aucune évolution significative à ce niveau. Notamment, dans son rapport du 14 mai 2013, la Dre FF. _____ a signalé que, sous l'angle des fonctions pulmonaires, l'intéressée n'avait pas strictement de syndrome obstructif mais un abaissement harmonieux de certaines mesures (VEMS, CVF) – ce qui ne suffit guère pour conclure à un trouble incapacitant. Pour ce qui est enfin de l'infection au VIH, elle aussi jugée non incapacitante lors de la procédure antérieure, la Cour observe là encore qu'aucune modification importante ne ressort de l'examen du dossier. S'agissant des effets secondaires de la médication tels que rapportés lors de la première procédure de révision (rapport des Drs B. _____, E. _____ et I. _____ du 15 février 2010), force est de constater que le traitement de la recourante a été adapté pour y pallier (rapport des Drs B. _____, JJ. _____ et KK. _____ du 21 mars 2011). On observe en

- 23 - outre qu'une évolution favorable a été signalée par les Drs LL. _____ et MM. _____ aux termes d'un compte-rendu du 23 novembre 2012. Dans leur rapport du 12 juin 2013, les Drs B. _____ et AA. _____ ont, quant à eux, fait mention d'un état stationnaire. S'ils ont certes décrit une asthénie, cet élément a été apporté sous l'angle anamnestique – à l'instar d'une évolution favorable des ballonnements précédemment évoqués – et n'a abouti à la prise en compte d'aucune restriction proprement dite, que ce soit au niveau de la maladie ou des effets secondaires de la médication. A cela s'ajoute que dans un rapport ultérieur du 9 février 2016, le Dr B. _____ a indiqué que la situation était toujours bien contrôlée et que la patiente adhérait bien au traitement. Sur cette base, on ne voit guère ce qui permettrait de conclure à une diminution de la capacité résiduelle de travail jusqu'alors reconnue. A la lumière des considérations qui précèdent, la Cour de céans retient donc que, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 50 % sur le plan orthopédique et de 50 % sur le plan rhumatologique, le Dr X. _____ était fondé à procéder à la synthèse de la situation (cf. consid. 4 supra) et à considérer, sur la base des avis spécialisés au dossier, que l'exigibilité totale pouvait globalement être maintenue à 50 % dans une activité adaptée. Cela étant, la Cour de céans ne peut que se rallier à l'appréciation de l'intimé sur le plan somatique. c) Au niveau psychique, il est vrai que la recourante s'est dans un premier temps prévalu d'un suivi spécialisé auprès de la Dre T. _____ (écriture du 30 mars 2017), également signalé par la Dre Y. _____ (rapport du 29 septembre 2016). L'instruction menée par l'OAI a toutefois montré que la Dre

T. _____ n'avait rencontré la recourante qu'à une seule reprise, le 21 mai 2014 (réponse de la Dre T. _____ du 12 juillet 2017). L'assurée a en outre explicitement indiqué, sur interpellation de l'OAI le 19 juillet 2017, qu'elle ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique. Avec le Dr X. _____ (avis médical SMR du 17 octobre 2017), il y a également lieu d'observer que le Dr B. _____ signalait un

- 24 - bon moral dans son rapport du 9 février 2016. Sur le vu de ces éléments, on ne discerne donc aucun indice plaidant dans le sens d'un trouble psychique susceptible d'influer sur la capacité de travail de l'intéressée. Sous cet angle également, la position de l'intimé échappe donc à la critique. d) Au regard de ce qui précède, l'OAI était donc fondé à se baser sur l'appréciation du Dr X. _____ (avis médicaux SMR des 11 janvier et 17 octobre 2017) pour conclure à une aggravation temporaire de l'état de santé de la recourante entre juin 2012 et le 30 juin 2013, avec une incapacité de travail complète durant cette période, et, pour le surplus, à une situation inchangée du point de vue de l'exigibilité médicale. On ajoutera par surabondance que dans ces conditions, faute d'altération au long cours, la recourante ne saurait se prévaloir du simple écoulement du temps pour se voir appliquer la jurisprudence relative à la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite (ATF 138 V 457 consid. 3). Peu importe également, au surplus, que l'intéressée ait atteint l'âge légal de la retraite le 1er juin 2019 (cf. art. 21 al. 1 let. a et al. 2 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10]), dès lors qu'il s'agit d'un élément postérieur à la date – déterminante – de la décision attaquée.

E. 6

La perte de gain telle qu'évaluée par l'intimé prêle, en revanche, le flanc à la critique. a) A titre liminaire, la Cour de céans précise qu'il n'y a pas lieu de revenir sur la période antérieure à l'aggravation survenue en juin 2012, cette période ne faisant l'objet d'aucune controverse. b) Cela précisé, il n'est pas contesté ni contestable que l'entière incapacité de travail reconnue dès le mois de juin 2012 jusqu'au

- 25 - 30 juin 2013 ouvre le droit à une rente entière, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 %. Certes, la recourante ne conteste pas l'ouverture de ce droit au 1er novembre 2012. Tenue d'agir selon la maxime d'office (art. 61 let. c et d LPGA), la Cour de céans constate toutefois que, dans la décision attaquée, l'OAI a déterminé ce point de départ en arguant qu'il s'agissait de la date prévue pour la révision d'office (art. 88bis al. 1 let. b RAI, cf. consid. 3c supra). Rien de tel ne résulte cependant du dossier. Il apparaît bien au contraire que c'est la recourante qui a initié la procédure de révision par courrier du 6 juin 2011, réitérant ensuite sa requête par missive du 7 novembre 2012. Il suit de là que l'art. 88bis al. 1 let. b RAI n'est pas applicable dans le présent contexte, de sorte que la date du 1er novembre 2012 ne peut être retenue. Tout au plus soulignera-t-on à ce stade que, lorsque la rente est augmentée sur présentation d'une demande de révision, l'art. 88a al. 2 RAI est prioritaire sur l'art. 88bis al. 1 RAI, en ce sens qu'une augmentation de la rente ne peut intervenir avant l'écoulement de la période de trois mois même si la révision est demandée par l'assuré (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3017 p. 842). Cela étant, l'aggravation ayant débuté au mois de juin 2012, il y a par conséquent lieu de fixer le dies a quo de l'augmentation de la rente au 1er septembre 2012, conformément au délai de trois mois instauré par l'art. 88a al. 2 RAI. Pour le reste, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que la recourante ne pouvait plus prétendre à une rente entière d'invalidité au-delà du 30

septembre 2013 – soit après trois mois d'amélioration à compter du 30 juin 2013 au sens de l'art. 88a al. 1 RAI (cf. consid. 3c supra), en présence d'une rente échelonnée allouée rétroactivement (cf. notamment TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 3 et 4, spéc. 4.1 les références citées). c) Reste à déterminer si, après la phase d'aggravation ci-dessus évoquée, le taux d'invalidité est redevenu identique à celui

- 26 - reconnu dans la décision du 24 juin 2009 – soit un taux de 57 % ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité. aa) Il convient à cet égard de relever que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa). Divers éléments peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative. Il s'agit de circonstances personnelles et professionnelles, exhaustivement énumérées par la jurisprudence (les limitations fonctionnelles liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'occupation), dont il y a lieu de tenir compte par une déduction globale maximale de 25 % au moment de la détermination du revenu hypothétique d'invalidité au moyen de salaires statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_481/2017 du 1er décembre 2017 consid. 3.1). bb) Dans le cadre de la décision d'octroi de rente du 24 juin 2009, l'office n'avait procédé à aucun abattement sur le revenu d'invalidité, au motif que les limitations fonctionnelles retenues – soit : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas d'efforts en rotation du tronc, alternance des positions assise et debout (rapport SMR des Drs K. _____ et D. _____ du 15 octobre 2008) – avaient déjà été prises en compte dans la capacité de travail (fiche de calcul du salaire exigible du 22 octobre 2008). S'il n'y a pas lieu de revenir sur cette appréciation, s'agissant d'une décision entrée en force, il s'impose en revanche de constater que la situation a de toute évidence évolué selon ce qui résulte des avis émis par les Drs F. _____ (rapport du 23 janvier 2015), W. _____ et L. _____ (rapport du 19 avril 2016). En effet, ces médecins ont manifestement décrit des limitations fonctionnelles accrues en comparaison avec 2009, visant désormais un travail sédentaire exercé à 50 % sans travaux

- 27 - physiques, sans port de charges, sans escaliers, échelles ou échafaudages, sans positions accroupie ou à genoux et sans mouvements en force au-dessus des épaules. Vu l'ampleur de ces restrictions, l'intimé ne pouvait donc se contenter de renvoyer au calcul du préjudice économique effectué neuf ans plus tôt. Ce faisant, l'OAI a omis de tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant en ligne de compte et pouvant désavantager la recourante sur le marché du travail après une absence prolongée. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). C'est ainsi qu'en présence d'un assuré de plus de 50 ans, la jurisprudence insiste sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap, qui doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret (TF 9C_459/2019 du 5 novembre 2019 consid. 5.3 et la références citée). Or dans le cas d'espèce, il est patent que la recourante, née en 1955 et conséquemment âgée de plus de 50 ans au moment des faits litigieux, présente des limitations fonctionnelles objectives dans une activité adaptée, limitations qui n'apparaissent en l'état guère compensées par d'autres éléments personnels

ou professionnels. On ne saurait dès lors, dans une telle constellation, renoncer à l'examen de tout abattement. Il suit de là que l'office intimé ne pouvait se contenter, aux termes de la décision attaquée, de renvoyer au taux d'invalidité de 57 % précédemment retenu. Il lui incombait, au contraire, de procéder à un nouveau calcul du préjudice économique en y intégrant désormais les éléments permettant de tenir compte des facteurs inhérents à la situation de l'assurée. Cela est d'autant plus vrai que l'imputation d'un abattement sur le revenu d'invalidité pourrait, dans le cas particulier, revêtir des conséquences significatives du point de vue du droit à la rente. On observe, en effet, qu'en se fondant sur les chiffres retenus par l'OAI en

- 28 - 2009 (et, partant, non actualisés), la prise en considération d'un abattement 5 % aboutit à un taux d'invalidité de 59 %, ouvrant le droit à une demi-rente, tandis que celle d'un abattement de 10 % conduit à un taux d'invalidité de 61 %, ouvrant le droit à un trois-quarts de rente. Une analyse approfondie apparaît dès lors incontournable quant à cette problématique. cc) Sous cet angle, on ne peut donc souscrire à la décision du

E. 7

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision du 7 décembre 2017 réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2012 au 30 septembre 2013, dite décision étant pour le surplus annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouveau calcul du préjudice économique – cas échéant après complément d'instruction – et nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé. Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, 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 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

- 29 - Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

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