

## **VD\_GERICHTE ZD21.049359 vom 28. Juni 2023**

VD Tribunal cantonal, 2023-06-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD21.049359](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.049359)

FR: VD\_GERICHTE ZD21.049359 du 28 juin 2023

IT: VD\_GERICHTE ZD21.049359 del 28 giugno 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

a) 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

- 19 - 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) La jurisprudence attache toutefois une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique

- 20 - – 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 (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du

## E. 9

a) La recourante reproche encore à l'intimé une violation du principe de proportionnalité, en sens qu'il n'aurait pas examiné les chances de succès d'une réinsertion professionnelle, tout en soutenant qu'elles sont nulles compte tenu de son âge, de la durée d'octroi de la rente et de son absence de formation. b) 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 plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le 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 au sens de la loi (TF 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86). 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 de cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de cinquante- cinq ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que le droit à la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), 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. Le point de savoir si les critères de la durée de quinze années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la cinquante-cinquième année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4).

- 34 - c) Comme l'a expliqué l'intimé dans son courrier du 14 octobre 2021, faisant partie intégrante de la décision querellée, la recourante a été convoquée et reçue à plusieurs reprises par l'une des spécialistes en réinsertion professionnelle de l'OAI. En effet, par courrier du 8 décembre 2016, celle-ci a été convoquée pour un entretien le 13 janvier 2017 « afin de [lui] expliquer la teneur [du] réexamen (ndlr : à la suite des nouvelles dispositions introduites par la 6e révision de l'AI) et des nouvelles mesures disponibles ». Un feuillet d'information sur les mesures de nouvelle réadaptation était joint au courrier précité. L'assurée ne s'est pas présentée à ce rendez-vous, si bien qu'une nouvelle convocation du 3 février 2017 pour le 16 février 2017 lui a été envoyée. Le rendez-vous ayant été annulé, une nouvelle convocation du 14 février 2017 pour le 24 février 2017 a été adressée à l'assurée. A l'issue de cet entretien, un rapport a été rédigé le 1er mars 2017 par la spécialiste en réinsertion professionnelle. Celle-ci a estimé qu'au jour de l'entretien, l'assurée n'avait aucun potentiel de réadaptation compte tenu de son état de santé. Une instruction médicale complémentaire s'avérait ainsi nécessaire et il était inutile de lui expliquer la procédure selon les DIF. L'assurée a été convoquée une nouvelle fois le 13 juin 2018 pour un entretien le 27 juin 2018 pour les mêmes motifs que l'entretien précédent. A cette occasion, la conseillère en réinsertion professionnelle lui a fait part des conclusions de l'instruction médicale, soit une capacité de travail de 100% et, par conséquent, la suppression de son droit à la rente. Elle lui a alors proposé son soutien pour la recherche d'une activité avec le maintien du versement de la rente pendant deux ans, ce à quoi l'assurée a répondu qu'elle ne pouvait pas travailler compte tenu de son état de santé et qu'elle attendrait le projet de

décision pour réagir. Lors de cet entretien, l'assurée a signé l'attestation de réception du feuillet d'information sur les mesures de nouvelle réadaptation. En date du 8 juillet 2021, soit après l'expertise de Centre d'expertises R.\_\_\_\_\_, l'assurée a été convoquée pour un nouvel entretien le 13 juillet 2021 avec la spécialiste en réinsertion professionnelle qui lui a, à nouveau, présenté les mesures de nouvelle réadaptation. La spécialiste a relaté, dans son rapport du même jour, que l'assurée se souvenait de ces mesures, dès lors qu'elles lui avaient déjà été présentées en 2018 et qu'elle n'avait pas voulu les

- 35 - suivre. L'assurée ne souhaitait toujours pas entrer en matière et le feuillet d'information lui a été remis avec un délai de réflexion de 30 jours. La spécialiste lui a conseillé d'en parler avec son conseil et elle lui a indiqué qu'elle serait convoquée pour la fin du mois d'août pour voir si elle avait changé d'avis. Le 2 septembre 2021, une sommation a été adressée à l'assurée – celle-ci ne s'étant pas présentée à l'entretien fixé ce même jour – avec un délai au 20 septembre 2021 pour prendre contact avec l'OAI et lui fait part de sa position quant à la mise en place d'éventuelles mesures de nouvelle réadaptation. Il était précisé qu'en cas de refus ou sans réponse de sa part dans le délai imparti, l'OAI considérerait qu'elle ne souhaitait pas d'aide en matière de réadaptation et qu'il mettrait un terme à son intervention. L'assurée a encore une fois été convoquée pour un entretien fixé au 29 septembre 2021. Lors de cet entretien, la spécialiste de l'OAI lui a proposé une mesure de réinsertion auprès de [...], en lui décrivant les divers ateliers. Compte tenu toutefois du fait que l'assurée ressentait des douleurs à différents endroits du corps (genou gauche, tête, épaules) et mentionnait ne rien pouvoir faire, la spécialiste a estimé qu'il ne servait à rien de lui proposer des mesures et lui a fait signer le résumé de l'entretien. Le dossier a donc été clos auprès du service de réadaptation. Dans ce contexte, on ne peut considérer que l'intimé a violé le principe de proportionnalité, ce d'autant plus que trois entretiens ont eu lieu avant le reproche formulé par la recourante quant à l'absence de mesures de réinsertion mises en place. Quant à la proposition faite par la spécialiste en réinsertion professionnelle à l'assurée de suivre une mesure auprès de [...], à bas seuil et sans exigence de rendement pour lui permettre de reprendre progressivement un rythme de travail, elle a été déclinée par l'assurée. L'intimé a également relevé à juste titre que la capacité de travail de l'assurée avait été initialement fixée à 50%, si bien que l'éloignement du marché du travail depuis de nombreuses années n'était pas dû à ses problèmes de santé, la mise en valeur de cette capacité de travail étant parfaitement exigible depuis 2001, compte tenu de l'obligation de réduire le dommage, alors que l'assurée était âgée de 31 ans. En outre, l'absence de formation n'empêchait pas la recourante d'entrer dans une démarche de réinsertion. Le grief doit ainsi être rejeté.

- 36 -

## **E. 10**

Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a ainsi pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, soit sa propre audition et celle des Drs C.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ (cf. recours du 19 novembre 2021). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit dans le cadre de l'expertise de Centre d'expertises R.\_\_\_\_\_ et ayant pu être librement appréciés par la présente juridiction (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3).

## E. 11

a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. Cependant, celle-ci étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont provisoirement assumés par l'Etat. Me Palazzo peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 11 avril 2023, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'104 fr. 20 (2'745 fr. [15h15 x 180] + 137 fr. 25 [2'745 fr. x 5%] + 221 fr. 95 [2'882 fr. 25 x 7.7%]), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par

- 37 - la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa).

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