

VD_GERICHTE ZD23.027681 vom 14. September 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.027681

FR: VD_GERICHTE ZD23.027681 du 14 septembre 2023

IT: VD_GERICHTE ZD23.027681 del 14 settembre 2023

Erwägungen

E. 4

Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du

E. 6

a) Selon l'art. 29bis RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1, let. b, LAI celle qui a précédé le premier octroi. b) L'art. 88a al. 1 RAI précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, 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 a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

- 18 - c) La survenance de l'invalidité doit en principe être déterminée eu égard à chaque catégorie de prestations séparément. Il peut se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. D'autre part, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Le principe de l'unité du cas d'assurance n'est donc pas absolu et il cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou lorsque l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les différentes phases qui deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 ; cf. également : Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 342, n. 1234 et 11235). d) La règle de l'art. 29bis RAI s'applique seulement lorsque l'atteinte à la santé qui donné naissance au droit s'est

réactivée et provoque un regain d'invalidité de degré élevé qui a duré trente jours consécutifs au moins. Elle n'est en revanche pas applicable lorsque l'assuré, autrefois bénéficiaire d'une rente d'invalidité, subit une nouvelle invalidité à la suite d'une maladie ou d'un accident qui n'était pas à l'origine de l'invalidité pour laquelle la rente avait été précédemment allouée. Il en va de même lorsque la rente avait été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite une aggravation de l'atteinte à la santé. Il s'agit alors d'un nouveau cas d'assurance, de sorte que le délai d'attente de trois cent soixante-cinq jours recommence à courir (cf. Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 18 ad. art. 28 LAI, p. 393, et références citées).

E. 7

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

- 19 - personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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). b) 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 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en

- 20 - cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). d) 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 asséculo-logique. 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).

E. 8

a) L'assuré peut soulever des motifs « formels » de récusation d'un expert, mais également des motifs « matériels » de récusation, soit tous motifs pertinents au sens de l'art. 44 LPGA. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] et 36 al. 1 LPGA [intérêt personnel, lien de parenté, représentation d'une partie ou opinion préconçue pour une autre raison]) sont de nature formelle, parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier. Bien au contraire, ce grief devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2 ; 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 9C 293/2008 du 28 janvier 2009 consid. 2 et 3). b) Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce

- 21 - domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 ; TF 9C_293/2008 du 28 janvier 2009 précité).

E. 9

En l'occurrence, la recourante estime que le rapport d'expertise du M. _____ SA devrait être écarté, soulignant notamment son « impression que le M. _____ SA est à la solde de l'Office AI et rend des expertises volumineuses, incomplètes et partiales ». On ne saurait, à l'évidence, conclure à la partialité des experts concernés sur la base des seuls arguments avancés par la recourante, fondés précisément sur ses impressions, et non sur des éléments objectifs, en dépit des exigences posées par la jurisprudence fédérale précitée. S'agissant au surplus du volume du rapport d'expertise incriminé, on observe que celui-ci contient une septantaine de pages d'analyse et un nombre conséquent d'annexes, les experts ayant recueilli diverses pièces médicales supplémentaires, en sus d'avoir requis un examen neurologique auprès du Dr X. _____. Compte tenu de la pluralité des disciplines médicales investiguées et du long historique médical de la recourante, il n'apparaît pas que le rapport des spécialistes du M. _____ SA puisse être qualifié de prolix. Sa valeur probante sera au demeurant examinée dans les considérants ci-après.

E. 10

La recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans de la médecine interne, psychiatrique et orthopédique au sein du M. _____ SA. Les volets de médecine

interne et de psychiatrie ne prêtent pas flanc à la critique. On peut remarquer que les spécialistes du M. _____ SA ont procédé à des examens approfondis de la situation, retraçant notamment l'ensemble des pathologies affectant ou ayant affecté la recourante. Ils ont considéré que la recourante ne rencontrait aucune limitation psychique en dépit d'un trouble de la personnalité

- 22 - (trouble mixte de la personnalité, à traits immatures, dépendants et alexithymiques), ni aucune restriction du registre de la médecine interne. Cette appréciation n'est pas sérieusement remise en question par la recourante et peut être confirmée, celle-ci ne bénéficiant au demeurant d'aucun suivi spécialisé, hormis sur le plan orthopédique, singulièrement neurochirurgical. On ajoutera que le diagnostic d'un état de stress post-traumatique, évoqué par le mandataire de la recourante lors de l'audience du 18 août 2023, ne repose sur aucun élément clinique et n'a été posé par aucun spécialiste en psychiatrie, ni même aucun des médecins traitants de la recourante. Il peut donc être écarté sans plus ample examen.

E. 11

a) Le volet orthopédique a été analysé par le Dr P. _____ pour le compte du M. _____ SA, lequel s'est adjoint les services du Dr X. _____ pour procéder à un examen neurologique du nerf fémoro-cutané et s'est procuré les documents médicaux actualisés relatifs aux problèmes rencontrés par la recourante au membre supérieur droit (coude et épaule ; cf. rapport du Dr X. _____ du 12 décembre 2019 à la Dre T. _____, ainsi que compte-rendu opératoire du Dr N. _____ du

E. 16

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 8 avril 2021 confirmée. b) 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 de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 20 juillet 2021. c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61, let. g, LPGA). d) Me Duc a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 11 mai 2021 jusqu'au terme de la procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il a produit le relevé des opérations effectuées le 31 octobre 2022, justifiant 7 heures et 40 minutes de travail au profit de sa cliente. Les opérations comptabilisées entrent dans le champ temporel et matériel du mandat confié à Me Duc. Dès lors, il y a lieu de prendre en considération 7 heures et 40 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]), Quant aux opérations effectuées entre le 7 juillet et le 18 août 2023, le temps total comptabilisé par Me Duc à hauteur de 4 heures et 25 minutes peut être ramené à un total de 3 heures, ce qui tient compte adéquatement de l'étude du dossier, de la reprise des arguments précédemment avancés au stade du mémoire de recours du 11 mai 2021 et de l'audience du 18 août 2023.

- 28 - C'est en définitive un total de 10 heures et 40 minutes qu'il s'agit de retenir au tarif horaire de 180 francs. Il convient d'ajouter des débours à concurrence de 96 fr. et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 155 fr. 25, ce qui représente un montant total de 2'171 fr. 25

pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi). Il est précisé ici que l'arrêt cantonal du 24 novembre 2022 (en la cause AI 181/21 – 355/2022) avait comptabilisé un montant de 1'560 fr. 55 au titre des honoraires dus à Me Duc pour son intervention en faveur de la recourante, débours et TVA compris. Il y a lieu de retrancher ce montant de la somme due en l'état à l'intéressé pour autant qu'il ait d'ores et déjà été indemnisé à la suite de l'arrêt précité. e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 2'771 fr. 25 (2'171 fr. 25 + 600 fr.) dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

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