

VD_GERICHTE ZD24.006904 vom 22. Juli 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-07-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.006904

FR: VD_GERICHTE ZD24.006904 du 22 juillet 2024

IT: VD_GERICHTE ZD24.006904 del 22 luglio 2024

Erwägungen

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et

- 8 - 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) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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). c) Pour 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans

- 9 - 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).

E. 4

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une

- 10 - appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

E. 5

a) Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées (ATF 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.2). b) Selon l'art. art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 140 V 77 consid. 3.1). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (TF 8C_424/2019 du 3 juin 2020 consid. 5.1) c) Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque

l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions

- 11 - de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 8C_108/2022 du 22 septembre 2022 consid. 3.3 ; TF 8C_424/2019 du 3 juin 2020 précité consid. 5.1). d) Dans les limites posées par l'art. 53 al. 3 LPGA, une reconsidération est possible en tout temps, spécialement lorsque les conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées. Dans l'éventualité où l'erreur manifeste de la décision initiale de rente n'est constatée qu'au stade de la procédure judiciaire, le tribunal peut confirmer, par substitution de motifs, la suppression de la rente prononcée sur la base d'une révision (ATF 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_361/2015 du 17 juillet 2015 consid. 5.1 ; TF 9C_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2). En vertu du droit d'être entendu, l'assuré doit, dans ce dernier cas, être informé préalablement de la substitution de motifs envisagée (ATF 125 V 368 consid. 4a et b ; cf. également ATF 128 V 272 consid. 5b/bb et les arrêts cités). e) Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (TF 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.2).

E. 6

décembre 2021, lorsqu'elle a été engagée par le cabinet médical X._____. Cette diminution n'est en effet pas corroborée par des

- 13 - éléments médicaux objectifs. Il en est de même de l'évaluation de la capacité de travail opérée par le Dr U._____ – lequel a estimé, dans son rapport du 9 octobre 2023, que cette dernière ne dépassait certainement pas les 60 % –, dans la mesure où son appréciation est en contradiction avec le fait que la recourante a été en mesure de travailler à un taux de 70 % sur une période de plus de deux ans entre 2018 et 2020, sans que l'exercice de ce taux n'ait abouti à une péjoration de son état de santé. c) En revanche, il apparaît que les décisions des 18 octobre et 15 novembre 2019 – par lesquelles l'intimé a alloué à la recourante une demi-rente à compter du 1er novembre 2018 – sont manifestement erronées. Si la recourante a en effet présenté une incapacité de travail de 50 % depuis le 1er juillet 2017, ainsi que l'a attesté le Dr Z._____ dans son rapport du 27 novembre 2017, elle a augmenté son taux d'activité à 70 % dès le 1er avril 2018, comme cela ressort notamment de son contrat conclu avec la société T._____ Sàrl en 2018. Ainsi, au moment où la recourante a présenté une incapacité moyenne de travail de 40 % (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), à savoir le 30 septembre 2018, elle n'était pas invalide à au moins 40 % (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI), son incapacité de gain dans son activité habituelle s'élevant à cette date à seulement 30 %. Les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient par conséquent pas réunies (cf. supra consid. 3b). Il s'ensuit que les conditions pour procéder à une reconsidération – au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA – des décisions des 18 octobre et 15 novembre 2019 précitées sont réunies, cette démarche revêtant au demeurant une importance notable eu égard au versement d'une prestation périodique telle qu'une rente (cf. ATF 119 V 475 consid. 1c ; TF 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 5). d) Enfin, comme exposé ci-dessus (cf. supra consid. 6b), la situation n'a pas évolué sur le plan médical depuis les décisions des 18 octobre et 15 novembre 2019 de l'intimé. Il n'y a donc

pas lieu d'examiner si un éventuel droit à la rente serait né dans l'intervalle, à défaut de l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. supra consid. 4). Qui plus est, il ne se justifie pas de donner suite à la demande du 25 juin 2024 de la recourante tendant à la suspension de la procédure

- 14 - dans l'attente des résultats de nouveaux examens médicaux. Cette requête vise en effet l'établissement de faits postérieurs à la décision litigieuse, lesquels ne sont pas de nature à influencer sur les précédentes considérations (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 99 V 98 consid. 4).

E. 7

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La décision rendue le 17 janvier 2024 par l'intimé – en tant qu'elle prononce la suppression de la demi-rente d'invalidité de la recourante – doit être confirmée par substitution de motifs, dès lors que l'octroi de cette prestation était manifestement erroné. C'est également à juste titre que cette autorité a prononcé cette suppression à partir du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, à savoir le 1er mars 2024, conformément à l'art. 88bis al. 2 RAI.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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