

VD_FINDINFO AI 306/10 - 112/2012 vom 28. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_306_10_-_112_2012

FR: VD_FINDINFO AI 306/10 - 112/2012 du 28 mars 2012

IT: VD_FINDINFO AI 306/10 - 112/2012 del 28 marzo 2012

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, AI{ASSURANCE}, NOUVELLE DEMANDE, FRACTURE, SYNDROME DU TUNNEL CARPIEN | 28 LAI, 4 LAI, 17 LPGA

Erwägungen

E. 1

Interjeté le 6 septembre 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Il respecte en outre les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

E. 2

La recourante a conclu, dans le cadre de ses déterminations du 28 janvier 2011, à ce qu'une rente entière lui soit versée à titre provisionnel. Elle fait valoir que l'absence de versement d'une rente depuis la fin janvier 2011 (date de la fin des rapports de service) la prive de tout revenu. Les mesures provisionnelles doivent être prononcés, aux termes de l'art. 86 LPA-VD, que si elles apparaissent nécessaires à la conservation d'un état de fait ou de droit, ou à la sauvegarde d'intérêts menacés. En revanche, elles ne sauraient, en principe tout au moins, anticiper sur le jugement définitif, ni équivaloir à une condamnation provisoire sur le fond, ni non plus aboutir abusivement à rendre d'emblée illusoire le procès au fond (ATF 119 V 506 consid. 3 et les références citées). Or, en l'espèce, la question de savoir si l'assurée a droit au non à une rente entière d'invalidité relève indiscutablement du fond. Au demeurant, il n'appartient ni à la juridiction cantonale d'octroyer une rente dans le cadre de mesures provisionnelles, ni à l'Office AI d'allouer provisoirement à la recourante les moyens de subsistance nécessaires. Selon la jurisprudence, il faut tenir compte, dans la pesée des intérêts, de l'intérêt de l'assureur social, qui pourrait ne pas parvenir à obtenir la restitution de sommes versées à tort, au cas où le versement d'une rente aurait été ordonné à titre de mesures provisionnelles avant un jugement confirmant le refus du droit aux prestations (ATF 119 V 507 consid. 4 et les références, 105 V 269 consid. 3). Quoiqu'il en soit, vu le présent arrêt, la requête de mesures provisionnelles est devenue sans objet. S'il avait été statué préalablement sur ce point, la requête aurait dû être rejetée.

E. 3

Sur le fond, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente (entière) d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al.

1 LPGA et 4 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). 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 le médecin, 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3; 125 V 412 consid. 2b; 117 V 200 consid. 4b et les références). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b, TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par

l'assuré est réellement intervenue. Cela revient, à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108, 130 V 75 consid. 3.2).

E. 4

En l'espèce, il convient d'examiner si, à compter de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit celle du 22 mars 2004, il y a eu un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité. Cette décision comportant une motivation relativement sommaire, il est nécessaire de se référer au contenu des rapports médicaux pour déterminer si l'état de santé s'est, depuis lors, péjoré au point d'entraîner une perte de gain qui ouvrirait droit à une rente d'invalidité ou à des mesures d'ordre professionnel. a) Il n'est pas contesté que l'intéressée présente une atteinte au niveau des deux poignets depuis sa chute d'une fenêtre en 1994 (fracture) entraînant un syndrome douloureux intermittent. Le 8 décembre 1999, elle a été victime d'une chute dans les escaliers avec réception sur les deux poignets provoquant une contusion du poignet gauche (rapport médical du 14 février 2000 du Dr W. _____). Le Dr Z. _____ a évoqué des douleurs chroniques bilatérales exacerbées au moindre effort (rapport médical du 28 janvier 2002), élément corroboré par le Dr V. _____ qui a exclu la reprise de l'activité habituelle de caissière en raison du port de charges lourdes et du mouvements répétitifs des deux poignets (rapport du 30 mai 2002). C'est sur la base des éléments médicaux précités que l'intimé a retenu que l'assurée était en mesure de travailler à 50 % dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles précitées. Finalement, l'intimé a considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée ne travaillerait qu'à 50 % dans une activité adaptée, les 50 % restant étant consacrés à la tenue de son ménage, tout en concluant à une invalidité globale de 11.22 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. b) A l'appui de sa nouvelle demande de prestations, P. _____ a indiqué qu'elle présentait une atteinte au niveau des os des poignets. Le dossier médical de l'assureur perte de gain a fait état d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral nécessitant deux interventions, soit en février et août 2009 entraînant à chaque fois une incapacité de travail totale de six semaines attestée par la Dresse B. _____. Au vu de ces éléments, le SMR a estimé que l'activité habituelle de collaboratrice en distribution de lettres n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles décrites (pas de travaux de force impliquant les poignets, ni de mouvements répétitifs des poignets), lesquelles étaient superposables à celles retenues en 2004. Dans ce contexte, il est probable que l'activité déployée à D. _____ n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles précitées. Dans le cadre de son recours, P. _____ n'a pas démontré par une argumentation précise et étayée, qu'il existerait au dossier une appréciation médicale objective mieux fondée que les éléments retenus par l'intimé qui justifierait la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire. L'ensemble des praticiens consultés n'a ainsi jamais exclu la reprise de toute activité adaptée, le Dr S. _____ préconisant une reconversion professionnelle (rapport du 4 février 2010), avis partagé par les Drs N. _____ (rapport du 20 mai 2010) et Z. _____ (rapport médical du 25 février 2010). Certes, le Dr Z. _____ a, dans le cadre de la contestation de l'assurée, conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, ainsi que dans toute activité adaptée (rapport médical du 25 juin 2010). Toutefois, il y a lieu de constater que le Dr Z. _____ a d'avantage fait état d'un handicap subjectif que de véritables

limitations objectives. On ignore ainsi tout des examens qu'il a personnellement mis en oeuvre et du raisonnement qui lui a permis d'aboutir à cette appréciation. Les mêmes conclusions s'imposent s'agissant de l'observation professionnelle au Centre U._____.

En effet, les informations recueillies au cours du stage, soit en l'espèce l'abandon de la mesure en raison de douleurs, ne sauraient l'emporter sur l'absence d'éléments médicaux propres à justifier la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité. En tout état de cause, l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. En effet, on ne voit pas comment la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux pourrait trouver application dans le cas de la recourante. Outre le fait que le diagnostic précité n'a pas été attesté par un rhumatologue comme le Dr N._____, le status psychiatrique est décrit de manière succincte par le Dr Z._____ (certificat médical du 15 avril 2011), lequel n'a pas précisé si sa patiente présentait une incapacité de travail pour ce motif, ni si elle bénéficiait d'une psychothérapie. Dès lors, l'appréciation des pièces médicales ne saurait être valablement mise en cause par la seule affirmation selon laquelle il existerait une aggravation dûment documentée. c) Dans ces conditions, force est de constater qu'il n'y a aucune raison de s'écarter des avis médicaux des 16 février et 12 octobre 2010 du SMR, qui a résumé de manière convaincante l'évolution médicale des atteintes aux poignets de la recourante, ainsi que leur incidence sur sa capacité de travail. La décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante conserve une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. aussi, à ce propos, consid. 6 infra).

E. 5

Au regard de la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée, l'intimé a considéré qu'elle présentait un taux d'invalidité inférieur à 20 %, ne justifiant pas l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession. Vérifié d'office, le calcul du taux d'invalidité qu'il a effectué (16 %) ne prête pas flanc à la critique. Il n'y a pas lieu de revenir plus en détail sur ce calcul, dans la mesure où la recourante se limite à contester la capacité résiduelle de travail constatée par l'intimé, sans soulever de grief relatif au taux d'invalidité inférieur à 20 % finalement retenu.

E. 6

Enfin, la recourante estime qu'elle n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle et qu'elle ne voit pas quelle activité de substitution elle pourrait assumer. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est

établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1; TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). b) In casu, il y a lieu de rappeler que compte tenu des limitations fonctionnelles décrites par les médecins, le nouveau poste de travail n'impliquerait pas nécessairement d'adaptations particulières. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (TF I 383/06 du 5 avril 2007 consid. 4.4), on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques de la recourante. A ce sujet, comme le soulève la recourante, on peut éventuellement regretter que l'office AI n'ait mentionné aucune activité exigible au cours de l'instruction. Toutefois, dans des activités non qualifiées telles que celles recensées par l'Office fédéral de la statistique, il existe un large éventail d'activités variées qui ne requièrent ni force particulière, ni mouvements répétitifs des poignets. Il suffit à cet égard de se référer à des travaux en partie mécanisés ou automatisés dans le secteur industriel, voire à des activités relativement nombreuses de surveillance. A cet effet, une aide au placement a été accordée afin que l'assurée puisse obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié. Il sied enfin de rappeler que, conformément à l'obligation de diminuer le dommage, le recourant est tenu d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (ATF 123 V 96 consid. 4c; 113 V 28 consid. 4a; TFA I 606/02 du 30 janvier 2003, consid. 2 et les références citées). La Cour de céans ne saurait en effet fonder son jugement sur le travail que l'intéressée s'estime capable de fournir, mais bien sur celui qui est objectivement compatible avec son état de santé, tels qu'il ressort des certificats médicaux ayant valeur probante.

E. 7

a) Au vu de ce qui précède, il apparaît que la recourante présente une capacité de travail entière dans le cadre d'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, de sorte qu'il n'existe aucun motif justifiant de procéder à une révision du droit à la rente. Dès lors, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par la recourante. b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 450 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de

dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGa) d) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Robert Lei Ravello à compter du 6 septembre 2010 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure. Me Robert Lei Ravello a ainsi droit à une indemnité d'honoraire de 1'609 fr. 65 (8.28 X 180) montant auquel il convient d'ajouter la TVA par 119 fr. 25 et à des débours par 108 fr. (dont 8 fr. de TVA). L'indemnité globale doit ainsi être fixée à 1'717 fr. 65, débours et TVA compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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