

VD_FINDINFO AI 338/11 - 220/2012 vom 2. Juli 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-07-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_338_11_-_220_2012

FR: VD_FINDINFO AI 338/11 - 220/2012 du 2 juillet 2012

IT: VD_FINDINFO AI 338/11 - 220/2012 del 2 luglio 2012

Regeste

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, DEMANDE DE PRESTATION D'ASSURANCE, NOUVELLE DEMANDE, COMPARAISON DES REVENUS, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGGA, 17 al. 1 LPGGA, 8 al. 1 LPGGA

Erwägungen

E. 2

juillet 2012 _____ Présidence de Mme Pasche Juges : M. Gutmann et Mme Moyard, assesseurs Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre : C. _____, à Ecublens (VD), recourant, représenté par Me Cyrille Piguët, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art.

E. 4

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit en outre que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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, 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. 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 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

E. 5

En l'occurrence, il convient de comparer la situation existant au 15 février 2010, et celle prévalant en juin de cette même année, ayant abouti à la décision attaquée du 17 octobre 2011. Le recourant allègue présenter désormais plusieurs affections nouvelles, savoir des douleurs thoraciques, de l'asthme, ainsi qu'une vision monoculaire, et fait en substance grief à l'OAI de ne pas avoir valablement instruit son dossier. Il se réfère notamment au rapport médical établi le 2 juin 2010 par le Dr D._____, ainsi qu'au rapport de ce médecin du 16 septembre 2011. A cet égard, il convient de relever que dans son rapport médical du 2 juin 2010, le Dr D._____ mentionne ce qu'il qualifie de «problèmes médicaux principaux», savoir d'une part des douleurs dorsales chroniques, et d'autre part une fragilité psychologique importante. Or ces deux aspects ne sont pas nouveaux, mais ont été largement investigués dans le cadre de la première demande de rente. Ainsi les douleurs dorsales ont d'ores et déjà été mises en évidence par le Dr K._____, puis par le Dr P._____. Dans son rapport du 5 mai 2005, le Dr K._____ a notamment diagnostiqué une dorso-lombalgie chronique dans un contexte de trouble statique sur hypercyphose thoracique. Il a également relevé des lombopygalgies. Un diagnostic similaire a été posé par le Dr P._____ (rapport d'examen du SMR du 21 novembre 2006, p. 5). Le Dr D._____ ne remet pas ces diagnostics en cause, attendu qu'il s'y réfère expressément. Il rappelle le contexte médical dans lequel il a, dès mars 2007, entrepris le suivi du recourant et précise le traitement antalgique prescrit eu égard à l'importance des douleurs ressenties. Ainsi, le Dr D._____ ne fait pas à cet égard état d'une aggravation ou d'une modification de ces douleurs. Quant aux troubles d'ordre psychiatrique, ils ont donné lieu à un examen auprès du SMR en octobre 2006, qui, au vu de l'absence de spécialisation FMH du médecin examinateur (soit d'un grief d'ordre formel, et non à la suite d'une analyse du fond du rapport) a conduit à un complément d'instruction sur la base de l'expertise du Dr J._____. On relèvera que ce médecin fait état des traumatismes vécus dans l'enfance par le recourant, et en a tenu compte pour arrêter la capacité de travail. Dès lors, l'affirmation du Dr D._____ dans son rapport médical du 16 septembre 2011 selon laquelle l'aspect psychologique des séquelles enfantines du recourant n'a pas été pris en compte par les services de l'Al lors des évaluations faites concernant sa capacité de travail n'est pas fondée. Ce médecin répète pour le surplus que son patient présente des douleurs dorsales chroniques dans un contexte particulier de maltraitance infantine grave, qui sans aucun doute est une composante importante de la symptomatologie actuelle. Cette observation n'est pas non plus nouvelle, dès lors que le Dr K._____, qui n'est certes pas psychiatre, relevait déjà en mai 2005 que la problématique s'inscrivait dans une constellation complexe de troubles dépressifs majeurs avec idéation suicidaire, réaction anxiogène et maltraitance infantine, ce que les autres médecins ont confirmé. Tel a été le cas des médecins du SMR (cf. rapport d'examen du 21 novembre 2006, p. 3) et du Centre d'Expertise S._____ (cf. rapport d'expertise du 5 août 2009, pp. 9 ss). Il n'y a ainsi pas, au plan psychiatrique, d'éléments nouveaux propres à justifier une péjoration de l'état de santé du recourant.

Enfin, le Dr D. _____ mentionne en sus de ce qu'il qualifie de problèmes majeurs un asthme allergique, des troubles mictionnels et des gonalgies bilatérales en rapport avec une chondropathie rotulienne. Le traumatisme présenté par le recourant à la rotule gauche a déjà été mis en évidence en 2006 par les médecins du SMR (cf. rapport d'examen du 21 novembre 2006, p. 6), lesquels ont noté une mobilité complète, sans amyotrophie, ni épanchement. Le Dr J. _____ l'a également évoqué au titre des antécédents somatiques personnels (cf. rapport d'expertise du 5 août 2009, p. 10). Des affections urologiques ont par ailleurs été constatées en juin 2010 à l'occasion d'un contrôle en polyclinique. Ces troubles existaient cependant déjà antérieurement puisque, dans leur rapport du 21 novembre 2006, les médecins du SMR relevaient (p. 2) que le recourant présentait un adénome de la prostate, entraînant une dysurie et pollakiurie. Il était en outre connu pour des kystes pyéliqués, entraînant des épisodes d'hématurie. Le rapport médical du 29 juin 2010 retient un syndrome douloureux pelvien chronique ainsi qu'une pollakiurie invalidante sans substrat organique. Il n'évoque cependant pas leur répercussion éventuelle sur la capacité de travail. Si la cystoscopie et la cytologie effectuées en mai 2008 en raison de la persistance d'une hématurie microscopique se sont révélées dans les normes, le tableau clinique présenté par le recourant demeure complexe et nécessite des investigations complémentaires. Pour autant, se déterminant sur ce rapport, le Dr T. _____ remarque (avis médical du 25 mars 2011) qu'il ne retient aucune maladie au sens d'une classification internationale susceptible de modifier l'exigibilité retenue lors de l'instruction initiale. En outre, la maladie de Berger est connue depuis le début des années 2000 et une hématurie non glomérulaire est décrite depuis 2008. Il en découle qu'une modification durable de l'état de santé ayant pour conséquence une modification de la capacité de travail n'est pas établie. Dans son rapport médical du 16 septembre 2011, le Dr D. _____ mentionne encore des douleurs thoraciques. Or il apparaît qu'à la suite de l'investigation mise en oeuvre, ces douleurs n'ont pas révélé d'origine cardiaque et sont restées sans diagnostic précis. Le recourant se plaignant d'importante fatigue et dyspnée avec suspicion d'asthme, il a été adressé à l'Hôpital L. _____ pour des investigations pneumologiques et allergiques en 2011. Il en ressort qu'il n'y a pas d'asthme allergique ni à l'effort, et qu'il s'agit plutôt de la conséquence d'un tabagisme important. Au reste, un asthme saisonnier nécessitant une prise médicamenteuse intermittente avait déjà été signalée par les médecins du SMR en 2006 (cf. rapport d'examen du 21 novembre 2006, p. 2). Il apparaît que les affections nouvelles alléguées par le recourant, qui ont justifié l'entrée en matière de l'intimé sur sa nouvelle demande, ne permettent pas de retenir une péjoration de son état depuis le 15 février 2010 susceptible d'entraîner une incapacité de travail plus importante. L'office intimé a pour le surplus entrepris les démarches qu'il lui incombait compte tenu des troubles annoncés, et a valablement instruit le dossier du recourant. Le grief du recourant selon lequel ses affections auraient dû faire l'objet d'une appréciation d'ensemble doit être rejeté, dans la mesure où ses troubles au plans psychiatrique et somatique ont été investigués et ont donné lieu à la décision du 15 février 2010 entrée en force, et que les nouvelles affections présentées ne permettent pas d'attester une péjoration de son état. Certes, il en va à cet égard différemment sur le plan ophtalmologique puisque l'amblyopie profonde de l'œil droit justifie, selon le Dr T. _____ (avis médical du 25 mars 2011), d'ajouter aux limitations fonctionnelles une activité compatible avec cette pathologie, soit une activité mono oculaire. Cela étant, le Dr N. _____ apprécie le pronostic comme bon en précisant que l'acuité visuelle de l'œil gauche est de 0.9. Il précise au point 1.11 de son rapport médical du 8 juillet 2010 que les performances de l'œil gauche sont excellentes, alors que l'amblyopie

de l'œil droit est connue depuis l'enfance. On ne voit dès lors pas en quoi cette nouvelle limitation fonctionnelle serait incompatible avec une activité industrielle légère telle que celle décrite dans la décision dont est recours. On relèvera enfin que le recourant paraît souhaiter le réexamen de toute son affaire alors qu'il s'agit ici d'examiner uniquement si la péjoration alléguée se répercute sur la capacité de travail. Le recourant n'ayant pas établi une éventuelle aggravation de son état de santé, c'est à juste titre que l'office intimé, dans la décision dont est recours, a maintenu une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E. 6

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_409/2009 du 11 décembre 2009 consid. 3.1; TF I 1034/2006 du 6 décembre 2007 consid. 3.3.2.1). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; Pratique VSI 1999 p. 182). b) En l'espèce, le recourant ne travaille plus depuis le 13 janvier 2004. Son revenu d'invalide peut par conséquent être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant des salaires de référence de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) soit, en l'occurrence, celui de ces salaires auquel peuvent prétendre des hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'588 fr. par mois en 2004 (ESS 2004, tableau TA1, p. 53, niveau de qualification 4). Ce salaire de référence, converti en un horaire de 41,6 heures – les salaires bruts standardisés tenant compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 – on retiendra, à l'instar de l'intimé dans la décision entreprise, un revenu annuel d'invalide de 57'258 fr. 24 pour 2005 (année de la naissance éventuelle du droit à la rente; ATF 129 V 222), soit après indexation (+ 1% en 2005), un revenu d'invalide

de 57'830 fr. 82, avant la prise en compte d'éventuelles déductions. c) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le juge des assurances sociales ne peut substituer son appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 126 V 75 consid. 6; TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 5.1; TF I 797/2006 du 21 août 2007 consid. 6; voir aussi TF 9C_177/2008 du 9 décembre 2008 consid. 4). En l'occurrence, le taux d'abattement de 10% retenu par l'office intimé n'apparaît pas critiquable. En effet, il tient compte de manière appropriée des effets que l'âge du recourant (50 ans au moment de la nouvelle demande en juin 2010), la nature de ses limitations fonctionnelles et son absence prolongée du marché du travail peuvent jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. Le taux de déduction tient suffisamment compte des limitations fonctionnelles laissant subsister une capacité résiduelle de 100% dans un grand nombre d'activités. Pour le reste, on ne voit pas, à la lumière de l'argumentation du recourant, que l'une ou l'autre circonstance pertinente aurait été ignorée ou, à tout le moins, procéderait d'un mauvais usage du pouvoir d'appréciation de l'office intimé. Le manque de formation professionnelle ou la capacité d'apprentissage réduite ne peuvent être considérés comme des critères déterminants au regard de la nature des activités encore exigibles. Enfin, l'abattement du revenu d'invalidité, tel que défini par la jurisprudence résumée ci-avant, sert à prendre en considération l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. Or, on ne saurait suivre le recourant qui réclame un abattement de 25 %. Une telle déduction constitue le maximum autorisé par la jurisprudence et serait manifestement excessive dans le cas d'espèce, notamment eu égard à l'âge de l'assuré. Il n'y a donc pas lieu d'augmenter le taux d'abattement retenu par l'intimé, qui doit dès lors être confirmé. Le revenu annuel d'invalidité s'établit ainsi à 52'047 fr. 75. Ainsi, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 59'618 fr. (salaire annuel 2005) et d'un revenu d'invalidité réalisable depuis 2005 de 52'047 fr. 75 (avec déduction d'un abattement de 10%), il en découle une perte de gain de 7'570 fr. 25, d'où un degré d'invalidité arrondi de 13% ($59'618 \text{ fr.} - 52'047 \text{ fr.} 75 / 59'618 \text{ fr.} \times 100$). Ce taux d'invalidité n'atteint pas le seuil minimum ouvrant le droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 4a supra). C'est donc à juste titre que l'OAI a refusé le droit du recourant à une rente ainsi qu'à des mesures professionnelles, le taux d'invalidité n'atteignant pas 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b). Au surplus, vérifié d'office, le calcul opéré par l'OAI – non contesté par le recourant – doit être confirmé. Au demeurant, même un abattement de 25% ne permettrait pas d'ouvrir le droit au quart de rente, le taux d'invalidité s'élevant alors à 27%. d) On précisera encore que le salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les assurés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. Dans ces conditions, compte tenu des conclusions retenues sur le plan médical, le point de savoir si le recourant peut effectivement exercer des activités industrielles légères (employé dans le conditionnement, activités de montage, ouvrier à l'établi par exemple) mentionnées par l'office intimé importe peu, dès lors qu'il existe sur le marché du travail suffisamment

d'activités dans lesquelles il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail. Le salaire statistique qui a été pris en considération, après déduction de 10 %, est donc représentatif de ce que pourrait gagner le recourant en mettant à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée (TF 9C_11/2011 du 31 mars 2011).

E. 7

Quant à la requête du recourant tendant à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée, elle doit être rejetée. L'assureur et le juge peuvent en effet renoncer à effectuer des actes d'instruction sans que cela n'engendre une violation du droit d'être entendu si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), ils sont convaincus que des faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que des mesures probatoires supplémentaires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves, voir notamment ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157; 130 II 425 consid. 2 p. 428; cf. aussi ATF 134 I 140 consid. 5.3). Le fait que le Dr D. _____ estime qu'une telle expertise est souhaitable n'apparaît pas décisif pour la solution du litige, les faits étant suffisamment clairs. Les pièces médicales au dossier apparaissent en effet suffisantes, si bien qu'on ne voit pas en quoi une mesure d'instruction supplémentaire pourrait amener la Cour de céans à modifier son appréciation.

E. 8

Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

E. 9

a) 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, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais de justice doivent être arrêtés et une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure doit être fixée; les frais et l'indemnité seront supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est 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). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. b) Dans la liste de ses opérations, Me Piguet annonce avoir consacré 12 heures 55 à la présente procédure entre le 19 mai 2011 et le 10 janvier 2012. Or, l'assistance judiciaire a été accordée avec effet au 21 novembre 2011, date du recours formé devant la Cour de céans et objet de la présente procédure. Il s'ensuit que les opérations effectuées antérieurement ne peuvent être indemnisées au titre de l'assistance judiciaire, dans la mesure où elles ont été accomplies devant l'autorité administrative (cf. art. 18 al. 3 LPA-VD). S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) –, il convient d'arrêter à 8 heures le temps total consacré par Me Piguet à la présente procédure au tarif horaire usuel de 180 fr., et d'y ajouter les débours, par 25 fr., et la TVA, ce qui représente un montant total de 1'582 fr. 20. Vu l'issue du recours, il

n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

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