

VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 798 vom 16. Januar 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-01-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__798

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 798 du 16 janvier 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 798 del 16 gennaio 2014

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DÉCISION D'IRRECEVABILITÉ | 17 LAI, 87 RAI

Erwägungen

E. 4

a) En l'espèce, malgré l'intitulé et la teneur de la décision litigieuse, il y a lieu de considérer que l'OAI est concrètement entré en matière sur la nouvelle demande de l'assuré déposée le 24 décembre 2010 (cf. ATF 130 V 64; voir également TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010; TF 9C_716/2008 du 21 juillet 2009; TF I 771/05 du 12 juin 2006, consid. 1.2). En effet, à la suite de la transmission par l'assuré à l'OAI du rapport médical du Dr V._____ (du 3 août 2011), indiquant que son patient souffrait désormais également au niveau de son épaule gauche, l'OAI a mis en œuvre des mesures d'instruction complémentaires. Il a non seulement interpellé le Dr V._____, l'invitant à préciser les limitations fonctionnelles de son patient ainsi que sa capacité de travail, mais a encore requis que l'assuré soit soumis à un examen orthopédique au SMR, lequel a été réalisé par le Dr K._____. Le litige porte ainsi sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité, suite à sa nouvelle demande de prestations du 24 décembre 2010, et non sur le point de savoir s'il se justifiait ou non d'entrer en matière (cf. TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010, consid. 1.2). Il convient dès lors d'examiner si un changement de circonstances - en particulier une modification de l'état de santé du recourant - s'est produit depuis la décision du 4 septembre 2008, à savoir la dernière décision ayant donné lieu de la part de l'intimé à un examen complet des circonstances médicales et économiques du cas. b) Le recourant fait valoir que son état de santé s'est aggravé par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision du 4 septembre 2008, en ce sens que ce n'est désormais plus seulement son épaule droite qui le fait souffrir, mais également son épaule gauche. Tant le Dr V._____ (cf. ses rapports médicaux des 3 août et 17 octobre 2011) que le Dr V._____ (cf. son rapport médical du 9 février 2012) ont relevé qu'en plus de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite qui persistait depuis l'opération de 2007, l'assuré présentait depuis le début de l'année 2011 des douleurs à l'épaule gauche en raison d'une déchirure partielle du tendon sus-épineux de cette épaule. Les conclusions de ces médecins convergent également s'agissant des limitations fonctionnelles que présente l'assuré compte tenu des atteintes à ses deux épaules (pas de travaux lourds, pas de travaux impliquant une mobilité des épaules au-delà de l'horizontale, pas de mouvements répétitifs des deux épaules). S'agissant de la capacité de travail du recourant, le Dr K._____ considère qu'elle est toujours entière, mais dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles touchant désormais ses deux épaules, expliquant qu'il n'y a aucun argument médical qui

indiquerait le contraire. Si le Dr V. _____ ne s'est pas prononcé aussi clairement sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, il a tout de même observé que dans une telle activité, son patient était apte à travailler au moins à temps partiel. Il n'a donc pas exclu que ce dernier puisse travailler à temps complet dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Quant aux problèmes d'hypertension artérielle et de dyslipidémie signalées à l'OAI par le Dr V. _____ en octobre 2011 (voir aussi le rapport médical du Dr F. _____ du 18 février 2011), le Dr K. _____ considère qu'ils sont sans influence sur la capacité de travail du recourant, appréciation que les autres pièces médicales au dossier ne permettent pas de mettre en doute. On relèvera finalement que les autres atteintes dont se prévaut le recourant dans sa réplique du 31 octobre 2012 (infarctus survenu en février 2013 et opération de son épaule gauche probablement en 2014) sont sans pertinence pour la présente appréciation de sa capacité de travail, étant donné qu'elles concernent une période postérieure à la décision attaquée. En effet, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales doit, en règle générale, apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; TF 9C_167/2013 du 24 avril 2013 consid. 3 et les références citées). Le rapport médical du 9 février 2012 du Dr K. _____ tient dûment compte de l'anamnèse et des plaintes du recourant, se fonde sur un examen clinique de ce dernier et ses conclusions sont suffisamment motivées, de sorte qu'il remplit les critères jurisprudentiels permettant de lui conférer valeur probante. Les conclusions de ce médecin concordent par ailleurs largement avec celles du Dr V. _____, lequel n'a pas exclu que l'assuré puisse travailler à 100% dans une activité adaptée. Il y a donc lieu de retenir que l'état de santé du recourant s'est bien aggravé mais que cette aggravation n'a pour effet qu'une augmentation de ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail demeurant de 100% dans une activité adaptée à celles-ci. On relèvera par ailleurs qu'il n'est pas contesté que le recourant ne peut plus travailler dans son activité d'aide de cuisine, ce qui avait déjà été constaté dans la première décision de l'OAI du 4 septembre 2008, ce que le Dr K. _____ continue d'attester dans son rapport médical du 9 février 2012 et ce que le Dr V. _____ ne contredit pas, puisqu'il a recommandé une reconversion professionnelle pour son patient (cf. son rapport médical du 3 août 2011). On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas d'une nouvelle évaluation de la capacité de travail du recourant, qui pourrait intervenir dans le cadre du dépôt d'une nouvelle demande (voir l'art. 87 al. 3 RAI), compte tenu des atteintes à la santé survenues postérieurement à la décision attaquée (en particulier les suites de l'infarctus survenu le 22 février 2013 et l'opération de l'épaule gauche dont la date n'est à ce jour pas fixée).

E. 5

Le recourant reproche également à l'OAI de n'avoir pas procédé à un calcul de son taux d'invalidité. Force est de constater que l'OAI n'a pas procédé à une comparaison des revenus pour établir l'évolution du taux d'invalidité du recourant. Cela étant, cette omission est sans incidence sur le sort du litige, dans la mesure où l'octroi d'une rente d'invalidité ne se justifie à l'évidence pas dans le cas d'espèce. En effet, les revenus avec et sans invalidité du recourant suite à l'augmentation de ses limitations fonctionnelles en 2011 ne sont pas fondamentalement différents des montants retenus dans la décision du 4 septembre 2008, étant donné qu'il y a uniquement lieu d'adapter les revenus statistiques déterminants selon l'Enquête Suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) de 2010 à l'évolution des salaires jusqu'en 2011. Ainsi, le taux d'invalidité résultant de la comparaison de ces revenus

n'est lui non plus pas fondamentalement différent du taux d'invalidité de 15% établi en 2008, à tout le moins pas suffisamment différent pour atteindre le taux d'invalidité de 40% ouvrant le droit à une rente. En effet, le revenu sans invalidité établi, comme en 2008, sur la base des données ressortant de l'ESS (cf. TFA B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2. et les références) s'élève à 61'924 fr. 26 (montant calculé sur la base du revenu ressortant de l'ESS 2010, pour un niveau de qualification 4, compte tenu d'un horaire de travail de 41.7 heures en 2011 et d'une indexation de 1% en 2011 [La Vie économique 9-2013, tableaux B 9.2 et B 10.2]). Quant au revenu d'invalidité, également basé sur les données de l'ESS, étant donné que le recourant n'a pas repris d'activité adaptée à son état de santé (cf. ATF 129 V 472, consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3), dans l'hypothèse où l'on retenait l'abattement maximal prévu par la jurisprudence (soit 25%, cf. ATF 126 V 75, consid. 5b/cc), il serait de 46'443 fr. Le taux d'invalidité du recourant est donc de 25% au maximum ($[(61'924 \text{ fr. } 26 - 46'443) / 61'924 \text{ fr. } 26] \times 100$).

E. 6

Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1 bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant. b) Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, mais 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 ce remboursement. L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même et qui entrent dans le cadre temporel fixé par la décision d'octroi. En l'occurrence, Me Didier Kvicinsky a produit le 11 novembre 2013 sa liste des opérations, correspondant à 11 heures et 9 minutes de travail. Après examen détaillé, la quotité des opérations listées ainsi que le temps consacré à leur réalisation paraissent toutefois trop importants par rapport à la complexité de la cause. Il ressort en particulier de la liste des opérations que le temps consacré à l'écriture de courriers au tribunal requérant successivement des prolongations de délai pour déposer sa réponse et de transmission de ces courriers à son client est de 80 minutes, qu'il se justifie de réduire à 30 minutes. Il n'y a en outre pas lieu de prendre en compte le temps consacré aux "tel client (répondeur)". Pour le surplus, au vu du nombre et de l'ampleur des écritures, il apparaît que le temps de travail total doit être réduit à 9 heures. C'est ainsi un montant de 1'620 fr., soit 9 heures de travail au tarif de 180 fr. l'heure (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.2]) qui doit être reconnu à titre d'honoraires, montant auquel s'ajoute la TVA (au taux de 8%), soit au total 1'749 fr. 60 (1'620 fr. + 129 fr. 60). Me Kvicinsky a par ailleurs droit à l'indemnité forfaitaire prévue à l'art. 3 al. 3 RAJ pour ses débours, soit 108 fr. TVA incluse. Le montant total de l'indemnité due au conseil d'office s'élève donc à 1'857 fr. 60. c) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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