

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 417 vom 19. Juni 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-06-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__417

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 417 du 19 juin 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 417 del 19 giugno 2015

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE}, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REVENU D'INVALIDE | 17 LAI, 28 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 RAI

Erwägungen

E. 4

a) 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 et les autres références citées). 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. 2c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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 se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'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 de 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_1023 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). 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). L'avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI

(en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

b) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

E. 5

a) La recourante s'est annoncée auprès de l'OAI en septembre 2002 en invoquant essentiellement un problème de dos. Le médecin traitant retenait comme affectant la capacité de travail une coccygodynie et des lombosciatalgies bilatérales sur trouble dégénératif et discopathie L4-L5, existant depuis 1996. Au terme de son premier rapport, le Dr F. _____ énonçait une inaptitude à exercer l'activité habituelle d'aide ménagère mais la possibilité d'exercer une activité légère sans port de charges lourdes. Dans un second rapport, il indiquait que l'activité d'aide ménagère pouvait être exercée à un taux de 50%. Aux fins de préciser la capacité de travail dans une activité adaptée, l'assurée a été convoquée par la Dresse M. _____, sur mandant de l'OAI, à une expertise médicale, à laquelle elle n'a cependant pas donné suite. Face au manque de collaboration de l'assurée, et en l'absence d'éléments tendant à établir une pathologie invalidante, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assurance-invalidité par décision du 9 décembre 2003. Dans la cadre de sa deuxième demande de prestations introduite en février 2013, l'assurée a produit deux certificats médicaux du Dr F. _____, rédigés à une année et demi d'intervalle, à la teneur

identique. Le Dr F. _____ signalait une affection rhumatismale chronique traitée depuis plusieurs années et une incapacité de travail totale depuis dix ans. L'absence de renseignements médicaux complémentaires – en dépit de réitérées demandes – a conduit l'OAI à nier le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité par décision du 23 mai 2014. Un nouveau rapport du Dr F. _____ parvenant à l'OAI le 26 mai 2014 a été considéré comme une nouvelle demande avec, corollairement, la poursuite de l'instruction. L'OAI a requis l'avis du SMR ; sur la base de ce dernier, il a nié le droit aux prestations de l'assurance-invalidité en raison d'un degré d'invalidité fixé à 10%. b) La recourante qualifie d'inexact l'avis du Dr D. _____ et de lacunaire l'instruction menée par l'office intimé. Se fondant a contrario sur les rapports de son médecin traitant, elle allègue présenter un état de santé empêchant l'exercice de toute activité professionnelle. aa) Dans son rapport du 26 mai 2014, faisant suite à la dernière consultation du 4 novembre 2013, le Dr F. _____ retient le diagnostic affectant la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques avec protrusion discale L5-S1, se manifestant surtout aux mouvements et lors de travaux pénibles. La reprise de l'activité professionnelle antérieure d'aide de cuisine – ou aide ménagère – n'est pas préconisée mais un recyclage professionnel peut être envisagé, en dépit du fait que la patiente prétend ne plus pouvoir travailler dans aucune activité. Le Dr F. _____ évoque cependant, dans l'annexe au rapport, que la majorité des travaux énumérés ne peut plus être exercée par l'assurée, et ce depuis 1995, et qu'elle ne peut plus travailler. A l'aune du rapport du Dr F. _____, le Dr D. _____ retient l'absence de déficit sentivo-moteur. Il admet que les lombalgies non déficitaires entraînent depuis 1995 une capacité de travail nulle « au maximum » dans un métier physique, comme aide de cuisine ; cependant, les atteintes ne présentant aucun critère de gravité, la capacité de travail est reconnue comme totale dans une activité adaptée, soit une activité de type tertiaire ou de femme au foyer. Les limitations fonctionnelles se traduisent par l'incapacité à exercer une activité uniquement debout, des changements de position étant souhaitables, les activités ne devant nécessiter ni déplacements, ni devoir se pencher en avant ou porter de charges. Contrairement à ce que soutient la recourante, les deux rapports précités ne sont pas en contradiction sur la question centrale de l'exigibilité d'une activité adaptée aux atteintes à la santé somatique. Préliminairement, on constate que les Drs F. _____ et D. _____ reconnaissent tous deux à la recourante une incapacité à exercer l'ancienne activité d'aide de cuisine, respectivement d'aide ménagère, le Dr D. _____ précisant en outre que l'incapacité est reconnue dans un métier physique. Cela étant, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr D. _____ coïncident avec les constatations du médecin traitant énoncées dans son rapport, savoir des lombosciatalgies se manifestant lors des mouvements et travaux pénibles. Dès lors que le Dr F. _____ ne s'explique pas sur les raisons qui le conduisent à retenir, dans l'annexe au rapport, que plus aucune activité ne peut être exercée, on ne saurait déduire de son avis, comme la recourante le voudrait, qu'elle est totalement invalide. Il faut bien plutôt admettre qu'une capacité de travail demeure exigible dans une activité légère. Le Dr F. _____ évoque d'ailleurs comme envisageable un recyclage professionnel. En outre, et contrairement aux allégations de la recourante, le Dr F. _____ ne démontre pas la présence, depuis plus de dix ans, d'une incapacité de travail dans tout domaine d'activité. Pro memoria, dans son rapport du 16 octobre 2002, le médecin traitant répondait par l'affirmative à la question de savoir si une autre activité pouvait être exigée de l'assurée, avec la précision qu'il devait s'agir d'une activité légère sans port de charges lourdes. Cinq mois plus tard, il annonçait que l'activité habituelle d'aide ménagère était

exigible au taux de 50%. Finalement, les certificats médicaux des 27 juillet 2011 et 15 février 2013 font état d'une incapacité de travail à 100% depuis environ dix ans en raison d'une affection rhumatismale chronique ; ces certificats sont pour le moins lacunaires, n'apportant aucun élément quant aux limitations fonctionnelles ni à l'exigibilité d'une activité adaptée. Le rapport médical du 26 mai 2014 ne révèle par ailleurs pas d'éléments objectifs tendant à prouver une aggravation de l'état de santé de la recourante et le diagnostic posé par le Dr F._____ ne justifie pas une incapacité de travail dans une activité adaptée. La recourante ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du SMR (voir également consid. 5c infra). On peut ainsi suivre le Dr D._____, dont l'avis du 30 juin 2014 doit être qualifié de probant (cf. consid. 4a supra). bb) Le fait que le Dr D._____ n'a pas examiné personnellement la recourante ne permet pas de douter du bien-fondé de son appréciation. Selon la jurisprudence, un rapport médical établi uniquement sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (TF U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3 in RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d et U 194/00 du 15 mars 2011 consid. 3c/ee, non publié in ATF 127 V 106). En l'occurrence, le Dr D._____ s'est prononcé sur la base du dossier, particulièrement du dernier rapport du médecin traitant. La recourante n'expose au demeurant pas les raisons qui conduirait à ce qu'un examen personnel eut été nécessaire en lieu et place de l'examen de l'ensemble du dossier. cc) La contradiction soulevée par la recourante, quant à la référence par le SMR à l'exercice d'une activité adaptée « de type tertiaire » et par l'office intimé à une activité « industrielle légère », n'est pas déterminante. Le fait que les atteintes de la recourante s'accordent avec un métier dans le secteur tertiaire, selon les termes du Dr D._____, ne signifie pas que seules les activités ressortant de ce secteur sont adaptées. Le Dr D._____ exclut l'exercice d'une activité physique et met en évidence des limitations fonctionnelles (travail dans différentes positions, sans déplacement ni port de charges) apparaissant compatibles avec les exigences d'une activité dans le secteur tertiaire (travail assis, léger, avec des gestes de faible amplitude). Il n'est ainsi pas exclu l'accomplissement d'autres activités des secteurs des services ou de la production, respectant les limitations reconnues. A cet égard, relevons que l'intimé s'est basé sur le salaire statistique de tout le secteur privé (cf. consid. 6 infra), les branches de la production et des services réunies recouvrant une plus large palette d'activités que la seule branche des services, permettant ainsi à la recourante d'élargir ses possibilités de réinsertion sur l'ensemble du marché du travail comme le lui incombe son obligation de diminuer le dommage (TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.2.3 in fine). dd) Finalement, les difficultés liées à l'âge (née en 1966), le manque de formation professionnelle et l'absence de maîtrise du français, dont la recourante se prévaut, ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. L'absence d'une occupation lucrative pour des raisons étrangères à l'invalidité ne peut donner droit à une rente. En effet, si un assuré ne trouve pas un travail approprié en raison de son âge, d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques à se faire comprendre – ou à comprendre les autres –, l'assurance-invalidité n'a pas à en répondre (ATF 107 V 17 consid. 2c). S'il est vrai que de tels facteurs – étrangers à l'invalidité – jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils

rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007 consid. 2.2). ee) Il s'ensuit que les critiques de la recourante concernant le médecin du SMR apparaissent dénuées de pertinence. Elle ne développe pas une argumentation propre à démontrer le caractère insoutenable des constatations de l'intimée ou à établir, sur la base d'avis médicaux revêtant pleine valeur probante, l'existence de doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr D._____. En définitive, il y a lieu de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail nulle dans toute activité physique telle qu'aide de cuisine ou aide ménagère, mais totale, depuis toujours, dans une activité qui respectent les limitations fonctionnelles établies sur le plan somatique. En ce sens, l'examen de l'intimé échappe donc à la critique. c) Devant l'autorité de céans, la recourante se prévaut implicitement d'une violation de l'art. 43 al. 1 LPGA. Singulièrement, elle reproche à l'intimé une instruction lacunaire de la demande de prestations, en ayant statué sans mettre en œuvre une expertise médicale – alors qu'une telle mesure d'instruction était ordonnée dix ans plus tôt – ni n'avoir déterminé les éventuelles conséquences psychiques de son état de santé. La recourante n'a pas déposé, tant en procédure administrative qu'en procédure judiciaire, de documents médicaux corroborant l'existence d'un trouble potentiellement invalidant. Aucun autre document médical que le rapport de son médecin traitant, à l'origine de la troisième demande de prestations, n'a été produit. L'avis du Dr F._____ a en outre été considéré comme juste et convaincant par le SMR. Aucun élément ne justifiait dès lors la mise en œuvre d'une expertise médicale. En outre, l'instruction d'office a ses limites. En effet, le 25 août 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. L'assurée n'a pas réagi avant la notification de la décision du 6 octobre 2014, ni produit ultérieurement, à l'appui de son recours du 4 novembre 2014, un avis médical attestant d'une atteinte à la santé. Elle ne démontre dès lors pas en quoi les constats de fait de l'office intimé – relatifs au caractère éventuellement invalidant de ses troubles somatiques et d'hypothétiques troubles psychiques – seraient manifestement inexacts. Sur le plan psychique, aucune instruction ne se justifiait. En effet, il n'y pas le moindre adminicule évoquant l'existence d'un trouble de la sphère psychique. Partant, aucun grief relatif à l'instruction au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne peut être retenu à l'encontre de l'OAI.

E. 6

Enfin, la recourante soutient qu'il ne saurait être question d'un revenu d'invalidité (sic) dès lors que les activités que l'office intimé estime à sa portée ne le sont pas en raison de son état de santé. a) Pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, il convient de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (« revenu hypothétique sans invalidité ») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (« revenu d'invalidité » ; cf. art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). On peut tout au plus comprendre, à l'aune de son écriture, que la critique de la recourante a trait au montant du gain réalisable dans une activité adaptée tel que fixé par l'intimé sur la base des données économiques statistiques. b) L'intimé s'est référé aux données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique, singulièrement au salaire auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) (cf. consid. 5b/cc supra). La jurisprudence prévoit en effet que 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'invalidé 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 établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (DPT) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). En outre, l'OAI a retenu un abattement de 10% sur le salaire statistique eu égard aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie somatique (ATF 126 V 75 consid. 5b), taux qui n'apparaît pas arbitraire (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'intimé s'agissant du revenu d'invalidé, étant rappelé que l'on peut raisonnablement attendre de la recourante qu'elle reprenne, à temps plein, une activité légère, adaptée à son état de santé, possibilité dont elle dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré (cf. consid. 5b/aa supra) et dont elle est tenue en vertu de son obligation de diminuer le dommage (ATF 123 V 88 consid. 4c). c) La manière de procéder de l'office intimé s'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, savoir sur la base des données économiques statistiques en l'absence d'activité lucrative de la recourante bien avant le dépôt de la demande, ne fait pas l'objet de critiques et peut être confirmé. d) Une comparaison du revenu hypothétique sans invalidité de 54'187 fr. 05 avec le revenu d'invalidé de 48'768 fr. 35 – montants vérifiés d'office et non contestables – conduit à un degré d'invalidité de 10%. Se situant en deçà du degré minimum de 40%, ce taux n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Le seuil minimum de 20% environ de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b) pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnel n'est également pas atteint.

E. 7

En définitive, la décision attaquée du 6 octobre 2014 n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours introduit le 6 novembre 2014 par Q._____ doit être rejeté. a) La recourante ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Elle a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. b) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé 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). En l'espèce, Me Ayan a produit une liste de ses opérations le 10 juin 2015, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 8 heures et 40 minutes de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 1'560 fr. (tarif horaire de 180 fr.), plus TVA à 8% d'un montant de 124 fr. 80. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans

l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant de 140 fr. 50, TVA à 8% en sus, qui doit être reconnu à ce titre. Le montant total de l'indemnité de Me Ayan s'élève donc à 1'836 fr. 55.

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