

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 452 vom 25. August 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__452

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 452 du 25 août 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 452 del 25 agosto 2015

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, MESURE DE RÉADAPTATION{ASSURANCE SOCIALE}, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 17 al. 1 LAI, 28 LAI, 28a al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 1

a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]). b) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]). c) L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 60 al. 2 cum art. 38 al. 3 LPGA). En l'espèce, la décision litigieuse a été envoyée le mercredi 10 avril 2013 et a ainsi été reçue au plus tôt le lendemain. Le délai de recours a ainsi couru dès le 12 avril 2013 au plus tôt pour échoir le samedi 11 mai 2013, reporté au lundi 13 mai 2013. Déposé à cette dernière date, le recours – qui remplit les conditions légales de forme – est ainsi recevable.

E. 2

Est en l'espèce litigieux le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à des mesures d'orientation professionnelle.

E. 3

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; art. 4 al. 1 LAI). Dans tous les cas d'atteintes à la santé, il n'appartient en aucune façon au seul médecin consulté (à titre d'expert) dans le cas concret de décider lui-même, de manière définitive et liant l'organe d'exécution (administration, tribunal), si l'affection constatée médicalement conduit à une incapacité (durable ou provisoire) de travail (de durée et de forme déterminées). La notion d'incapacité de travail est en effet une

notion juridique (art. 6 LPGa; pour un exposé plus détaillé cf. ATF 140 V 193 consid. 3.1). Le rôle du médecin (en sa qualité d'expert) est avant tout d'évaluer l'état de santé et, au besoin, de décrire son évolution au cours du temps, savoir de rendre compte des résultats obtenus au moyen d'un examen médical approprié et en tenant compte des plaintes subjectives et, sur cette base, de poser un diagnostic. Ce faisant, l'expert remplit sa fonction propre, pour laquelle l'administration, ou en cas de litige le tribunal, ne sont pas compétents. Pour l'appréciation des conséquences des atteintes à la santé constatée sur la capacité de travail, le médecin n'a en revanche pas de compétence de jugement définitif. Il prend au contraire position quant à l'incapacité de travail, ce qui signifie qu'il donne une estimation, qu'il motive de son point de vue de façon aussi possible que possible. Finalement, les données médicales sont un fondement important pour apprécier la question juridique de savoir quelles activités professionnelles peuvent encore être exigées de la personne. Au besoin il faut, en complément des documents médicaux, mettre en œuvre, pour la détermination de la capacité résiduelle de travail, les personnes qualifiées en matière d'intégration et de conseil professionnel (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et réf. cit.).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'il est encore invalide à 40% au moins au terme de cette année (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à raison d'un quart de rente dès 40%, d'une demi-rente dès 50%, de trois quarts de rente des 60% et d'une rente entière dès 70% (art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est évaluée par une comparaison des revenus sans invalidité et d'invalide (cf. art. 16 LPGa). Lorsque l'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, le cas échéant, en l'adaptant au renchérissement et à l'évolution générale des salaires réels (TF 8C_516/2013 du 14 avril 2014 consid. 3.2 et les arrêts cités). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas en l'absence de renseignements quant à la dernière activité professionnelle de l'assuré (TF U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b; TF 9C_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2), ou si son dernier salaire ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage (TFA I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et réf. cit.) ou rencontrait des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé (RCC 1985 p. 662). On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C_416/2010 du 26 janvier 2011 consid. 3.2; pour le tout cf. TFA B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Le revenu statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau 4 de qualification) s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment

représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et réf. cit.). c) L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 al. 1 LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé, le seuil minimum pour ouvrir droit à une mesure de reclassement étant une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3; ATF 130 V 488 consid. 4.2 et réf. cit.). d) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; pour le tout TF 9C_398/2014 du 27 août 2014). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et réf. cit.).

E. 4

a) Dans le cas d'espèce, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir pris en compte son état de santé global, mais de s'être restreint à la problématique de la mobilité de son poignet gauche. On relèvera d'abord que la CNA a constaté, par décision du 6 avril 2011, que le recourant ne présentait plus d'incapacité de travail subséquente à l'accident du 1 er

décembre 2009 (cf. ég. rapport du Dr M. _____ du 6 mai 2010). Les constatations faites lors du premier séjour de l'intéressé à la W. _____ du 9 novembre au 6 décembre 2010 vont dans le même sens (cf. rapport du 8 février 2011). En effet, la seule suite résiduelle de l'accident constatée était une neuropathie d'enclavement du nerf médian gauche au tunnel carpien, causant uniquement un engourdissement digital jugé non gênant. D'autres affections d'origine non traumatiques ont également été identifiées (spondylodèse; spondylolisthésis), mais sans qu'elles entraînent une incapacité de travail. Dans son rapport du 15 août 2012, le Dr H. _____ – qui s'était certes principalement concentré sur le rapport de causalité des plaintes émises par le recourant quant à ses douleurs cervico-lombaires – a confirmé que ces plaintes n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle. Dans sa demande du 6 septembre 2011, le recourant a lui-même restreint le cercle de ses plaintes à la problématique affectant son poignet gauche. Il n'en demeure pas moins qu'une évaluation globale de l'état du recourant a été effectuée : lors de ses deux séjours à la W. _____, le recourant a été largement examiné, en particulier au niveau dorso-lombaire, l'assuré s'étant plaint à l'admission de son premier séjour de douleurs à ce niveau. Alors que l'évaluation psychiatrique effectuée lors du premier séjour à la W. _____ avait mis en évidence des signes de surcharge psychique avec quelques éléments dépressifs, le consultant-psychiatre de la W. _____ ne les a plus relevés lors du second séjour de mai 2012, l'assuré ayant lui-même expliqué se sentir globalement mieux que lors du précédent séjour. S'agissant de l'atteinte au poignet gauche, l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales (23 juillet 2010 [réduction et ostéosynthèse]; 16 mars [transfert de l'extenseur propre de l'index gauche] et 29 novembre 2011 [révision d'une ténolyse de l'extenseur]) et séjourné à deux reprises à la W. _____ (du 9 novembre au 6 décembre 2010; 8 au 30 mai 2012). Il a dans ce cadre fait l'objet d'un suivi continu et notamment d'un examen approfondi lors du second séjour précité, la W. _____ ayant établi le 11 juin 2012 un rapport circonstancié traitant de l'entier de ses plaintes. C'est ce rapport qui, en premier, retient une capacité de travail nulle dans l'activité de cuisinier mais entière dans une activité adaptée. Divers rapports ultérieurs font quant à eux état d'une situation normale (rapport d'imagerie radiographique du 18 mai 2012), d'une évolution nettement favorable (rapport du Dr C. _____ du 18 juin 2012) ou d'une situation stabilisée (rapport du Dr H. _____ du 15 août 2012). Le Dr C. _____ a ainsi déclaré dans son rapport du 22 octobre 2012 ne pas pouvoir contester l'exigibilité de 100% dans une activité adaptée depuis le 31 mai 2012. Quant aux constatations du Dr Q. _____, du 5 novembre 2012, elles sont superposables à celles des médecins de la W. _____, étant rappelé que ce sont précisément les douleurs ressenties par l'assuré au niveau de la face dorso-radiale de son avant-bras gauche qui ont conduit les médecins de la W. _____ à constater que l'activité habituelle de cuisinier n'était plus exigible (cf. rapports de la W. _____ du 11 juin 2012 et du Dr H. _____ du 15 août 2012). Les limitations fonctionnelles retenues dans une activité adaptée (port de charges lourdes répété et mouvements répétitifs du poignet gauche) tiennent également compte de cette situation. S'agissant du Prof. K. _____, il constate lui aussi que la situation reste stable, faisant état des douleurs précitées, dont on a vu qu'il a été tenu compte. Le Prof. K. _____ n'apporte ainsi aucun élément nouveau permettant de s'écarter des avis médicaux concordants au dossier. On rappellera au demeurant que le juge examine la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 131 V 242 consid. 2.1; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). A l'examen des avis médicaux – concordants – recueillis auprès des médecins, la Cour ne décèle pas d'indice

sérieux justifiant de s'en écarter. On retiendra donc que le recourant présente bien une capacité de travail complète dans une activité adaptée depuis le 31 mai 2012. b) Le recourant soutient encore que les pièces médicales au dossier ne permettent pas d'identifier avec précision les activités professionnelles qui seraient adaptées à ses limitations fonctionnelles. L'argumentation du recourant ne tient toutefois pas compte des rôles respectifs du médecin et de l'administration, tels qu'ils sont rappelés ci-dessus (cf. supra consid. 3/a). Il appartient en effet à l'administration, et non aux médecins, de déterminer les conséquences juridiques des atteintes à la santé reconnues médicalement, en se fondant certes sur les avis médicaux au dossier – qui ont valeur indicative – et, à titre complémentaire, sur l'avis des spécialistes de la réadaptation et du conseil professionnel. En l'occurrence, il convient de se rallier aux estimations concordantes des médecins au sujet de la capacité de travail du recourant, celles-ci étant au surplus corroborées par les constatations de la Division de réadaptation de l'intimé. Contrairement à ce que prétend le recourant, cette dernière a d'ailleurs détaillé plusieurs professions exigibles (surveillant de parking; concierge – à certaines conditions – ; gestionnaire de stock). Les limitations fonctionnelles du recourant sont au surplus relativement peu contraignantes, de sorte qu'un large éventail d'activités simples et non qualifiées est exigible de lui sans qu'il soit nécessaire de toutes les détailler toutes (cf. supra consid. 3/b in fine s'agissant de l'éventail d'activités correspondant au salaire statistique applicable au recourant). Ses limitations fonctionnelles concernent en outre son bras gauche, alors qu'il est droitier. Le grief selon lequel des activités adaptées n'avaient pas été déterminées de façon précise tombe donc à faux. c) S'agissant de la réquisition de preuve du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, on rappellera qu'une partie a en principe le droit de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les nombreux arrêts cités). En l'espèce, le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, les pièces au dossier donnant une appréciation claire de la situation de l'intéressé, de sorte que sa réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire doit être rejetée. sa réquisition doit être rejetée.

E. 5

a) Sous l'angle économique, l'assuré n'a soulevé aucun grief à l'encontre des revenus sans et avec invalidité tels qu'arrêtés par l'OAI. Vérifiés d'office, les calculs de l'intimé échappent à la critique. b) Par surabondance, l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation étant subordonné à une diminution de la capacité de gain d'au moins 20% environ (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2), c'est à juste titre que l'intimé a considéré que le droit à de telles prestations n'était pas ouvert.

E. 6

a) En définitive, il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision du 9 avril 2013 confirmée. b) La procédure en matière d'assurance-invalidité étant onéreuse (art. 69 al. 1 bis LAI), les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement mis à la charge de l'Etat, le recourant – qui succombe – étant au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il sera

en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] cum art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]). L'indemnité de conseil d'office de Me Redondo a quant à elle été fixée par décision du 20 mai 2015 complétée le 26 mai 2015. L'activité de Me Pichard se limitant de son côté à la réception de la présente décision pour notification, il n'y a pas lieu de lui allouer une telle indemnité. c) Vu le sort du recours, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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