

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 572 vom 30. August 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-08-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2017___572

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 572 du 30 août 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 572 del 30 agosto 2017

Regeste

NOUVELLE DEMANDE | 28 LAI, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

E. 2

et 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée).

E. 5

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence citée).

E. 6

En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 5 juillet 2012 et complétée le 3 août 2012 par le recourant, qu'il a rejetée par décision du 18 janvier 2016. Il s'agit dès lors de déterminer si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit la décision sur opposition du 19 février 2008 – et la décision litigieuse, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. a) Pour statuer sur les prétentions de l'intéressé dans le cadre de la précédente procédure AI, l'intimé s'est essentiellement fondé sur l'expertise COMAI indexée le 2 août 2005 qui a posé, sur le plan somatique, le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de troubles multiples sans substrat somatique évident évoquant une forme de syndrome somatoforme douloureux et a retenu que, tant sur le plan somatique que psychique, l'activité de magasinier exercée jusqu'alors par le recourant était exigible à 100 %, sans diminution de rendement. Sur le plan psychique, il n'y avait pas de diagnostic, la personnalité étant compensée. L'expert T. _____ a observé, sur le plan somatique, qu'aucune atteinte somatique majeure n'avait permis de

confirmer les troubles respiratoires dont se plaignait l'intéressé de longue date, malgré de nombreuses investigations, que les douleurs thoraciques médianes et les rachialgies cervico-dorso-lombaires n'avaient pas trouvé d'explication claire aux examens somatiques et que les céphalées correspondaient à des céphalées tensionnelles après que le méningiome a été extirpé. Il n'y avait donc pas d'explication somatique évidente aux plaintes multiples formulées par l'intéressé qui paraissaient correspondre en premier lieu à une forme de syndrome somatoforme douloureux. En l'absence de pathologie significative justifiant une réduction de la capacité de travail, le Dr T. _____ n'a pas retenu d'incapacité de travail. Sur le plan psychique, l'experte M. _____ a observé que l'intéressé ne présentait pas d'épisode dépressif, de trouble anxieux majeur, de phobie, de symptôme compatible avec un état de stress post-traumatique ou de psychose. La personnalité ne mettait pas en évidence de trouble grave, susceptible d'interférer avec une activité professionnelle et était compensée. L'assuré maintenait des contacts sociaux élargis. En l'absence de toute pathologie psychiatrique significative, la Dresse M. _____ a retenu que la capacité de travail pouvait être considérée comme entière. Sur la base de ces avis, suivis par les Drs K. _____, V. _____ et D. _____ du SMR, l'intimé a retenu dans sa décision sur opposition du 19 février 2008, que la capacité de travail du recourant était totale dans l'activité antérieure de magasinier, tant au plan physique que psychique, sans baisse de rendement. b) Pour statuer sur les prétentions de l'intéressé dans le cadre de la décision litigieuse, l'intimé s'est fondé sur l'appréciation des Drs I. _____ et V. _____, respectivement P. _____ et H. _____, du SMR, qui faisaient suite aux avis des Drs J. _____, Q. _____, Z. _____, et R. _____. aa) Sur le plan somatique, les Drs I. _____ et V. _____ ont retenu que l'intéressé avait été opéré en décembre 2012 d'une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il était totalement incapable de travailler depuis le 19 décembre 2012 mais présentait, dès le 29 avril 2013, une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans travaux lourds, sans mouvements répétitifs de l'épaule droite et sans mouvement au-dessus du buste (avis médical du 2 juillet 2013). Ce constat n'est remis en doute par aucun avis médical au dossier. Le Dr J. _____ a certes estimé les 16 janvier 2013 et 19 mars 2013 que l'intéressé était totalement incapable de travailler depuis 2006 dans toute activité et qu'il n'y avait aucune solution pour reprendre le travail. Dans ce cadre, il a posé les diagnostics de lombosciatalgie chronique sur troubles dégénératifs et discopathies L1-S1 étagées, de status après exérèse d'un méningiome OMS grade I en 2004, de status post opération de l'épaule droite par arthroscopie pour lésion tendineuse en décembre 2012 et de status après opération pour une cicatrice douloureuse crâne gauche le 27 janvier 2013. Il a également fait état de douleurs fronto-pariétales à gauche sous forme de décharges électriques, malgré l'exérèse du neurome frontal à gauche, ainsi que de douleurs limitations de l'épaule droite. Le Dr J. _____ s'est toutefois contenté d'énumérer les diagnostics et de rapporter les plaintes de son patient, sans objectiver son propos d'un point de vue clinique. Par ailleurs, la Cour de céans note que la lombosciatalgie chronique sur troubles dégénératifs et discopathies étagées L1-S1, qui durait du propre aveu du Dr J. _____ depuis quinze ans (attestation du 16 janvier 2013), n'était pas nouvelle et avait été jugée non invalidante par le passé. L'expert T. _____ avait effectivement déjà exclu en 2005 tout effet sur la capacité de travail des rachialgies cervico-dorso-lombaires dont se plaignait l'intéressé, dans la mesure où elles n'avaient trouvé d'explication claire ni à l'examen clinique ni sur les radiographies. Dans ce contexte, faute d'élément médical nouveau, l'appréciation du Dr J. _____ n'apparaît pas convaincante. L'avis de ce médecin est de surcroît nuancé par celui des spécialistes ayant

pris en charge le recourant, s'agissant des douleurs fronto-pariétales et de l'effet sur sa capacité de travail des limitations de l'épaule droite. En effet, lors d'un contrôle à un mois de l'exérèse d'un neurome réalisée le 1^{er} février 2013, le neurologue Q._____ a observé que le recourant signalait une amélioration de la symptomatologie douloureuse suite à la procédure qui s'était déroulée sans complication, insistant sur le fait que la douleur était en amélioration (courrier du 27 février 2013). En outre, si l'orthopédiste Z._____ a confirmé des limitations dans l'épaule droite, il a expressément retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (rapport médical du 29 avril 2013 et certificat du 11 décembre 2015). Au vu de ce qui précède, les éléments mis en avant par le Dr J._____ ne justifient pas de s'écarter des conclusions des Drs I._____ et V._____. Le Dr Q._____, qui comme mentionné plus haut, a retenu que l'intéressé signalait une amélioration de la symptomatologie douloureuse suite à l'exérèse d'un neurome qui s'était déroulée sans complication le 1^{er} février 2013 (courrier du 27 février 2013), ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant. Finalement, il apparaît que les conclusions du Dr Z._____ – il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de réparation arthroscopique d'une lésion du tendon sus-épineux droit avec ténodèse du long chef du biceps le 19 décembre 2012 et de capsulite rétractile post-opératoire de l'épaule droite et a retenu que l'intéressé était totalement incapable d'exercer son activité habituelle depuis le 19 décembre 2012 mais que, en évitant les travaux lourds (2-5 kg maximum), les mouvements répétitifs de l'épaule droite ainsi que les mouvements au-dessus du buste, il était théoriquement 100 % apte au travail – ont été suivies par les Drs I._____ et V._____ pour déterminer la capacité de travail exigible du recourant et ses limitations fonctionnelles. On les retrouve telles quelles dans la décision litigieuse. Le certificat médical du 11 décembre 2015 de ce spécialiste n'y a rien changé. En effet, bien que ses diagnostics soient légèrement différents (status post réparation arthroscopique d'une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule droite avec ténodèse du long chef du biceps le 19 décembre 2012, status post capsulite rétractile de l'épaule droite post-opératoire, de récupération complète, et tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche), les limitations fonctionnelles retenues, à savoir une incapacité du recourant d'effectuer une tâche avec effort (max 2-5 kg), ou de mobiliser de manière répétitive son épaule au-dessus du buste, restent inchangées et sont en phase avec celles retenues dans la décision litigieuse. Ainsi, sur le plan somatique, les avis médicaux au dossier ne contiennent aucun élément sérieux qui inciterait à douter des conclusions des Drs I._____ et V._____, confirmées par les Drs P._____ et H._____ du SMR dans leur avis médical du 5 janvier 2016. Celles-ci n'ont au demeurant pas été contestées par le recourant. Par ailleurs, l'appréciation de ces médecins est fondée sur une analyse complète des pièces mises à disposition. Elle est bien expliquée et les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre que celles-ci répondent aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, même si elles ne reposent pas sur des examens cliniques effectués personnellement par les médecins du SMR. Dans ce contexte, il convient de retenir que, depuis le 29 avril 2013, le recourant est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée, sans travaux lourds, sans mouvements répétitifs de l'épaule droite et sans mouvement au-dessus du buste. bb) Sur le plan psychique, les Drs P._____ et H._____ n'ont retenu aucune problématique incapacitante chez le recourant (avis médical du 5 janvier 2016). La Cour constate à cet égard que rien dans les renseignements médicaux recueillis à la suite de la nouvelle demande de prestations AI ne vient étayer la

thèse d'une modification importante de la situation de l'intéressé sur le plan psychique qui aurait un impact sur sa capacité de travail. Le Dr R. _____ a signalé un état dépressif d'intensité sévère dans son rapport médical du 11 décembre 2015. Ce document de quelques lignes, sans status clinique ni anamnèse, n'est toutefois absolument pas étayé. Il ne se prononce pas non plus explicitement sur la capacité de travail du recourant, seul véritable point décisif dans le cadre de l'examen d'un éventuel droit du recourant à des prestations d'invalidité. L'intéressé a d'ailleurs reconnu dans son recours que le rapport du psychiatre n'était pas complet. De surcroît, il apparaît que le Dr R. _____ a semblé lier l'état dépressif de son patient à la perte de son travail et à l'apparition des douleurs somatiques. A le suivre, ses troubles remonteraient donc aux alentours de l'année 2000 (le contrat de travail de l'intéressé avec A. _____ SA a pris fin le 30 avril 2000 et les premiers problèmes somatiques, à savoir lombosciatique récidivante sur probable hernie discale, sont apparus plus ou moins à la même période [rapport médical du 19 mars 2013 du Dr J. _____]). Or, en 2005, dans un rapport d'expertise COMAI fouillé, la Dresse M. _____ avait expressément exclu toute pathologie psychiatrique significative récidivante, et en particulier tout un épisode dépressif. On ne voit dès lors pas pour quelle raison il faudrait faire prévaloir l'avis laconique du Dr R. _____ sur les autres appréciations nettement mieux explicitées figurant au dossier. La Cour relèvera encore que le Dr J. _____ s'est contenté de mentionner un état dépressif chronique avec troubles psychologiques, sans toutefois classer cette pathologie parmi les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail (attestation médicale du 16 janvier 2013 et rapport médical du 19 mars 2013). Finalement, le recourant n'a mentionné aucune pathologie psychique dans sa nouvelle demande de prestations AI en 2012. Il s'ensuit qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, on ne peut considérer comme suffisamment établie l'existence de troubles psychiques diminuant la capacité de travail du recourant à l'époque de la décision litigieuse, notamment sous la forme d'un état dépressif d'intensité sévère. Dans ce contexte, la Cour de céans se doit de retenir que le recourant ne présentait aucune atteinte psychique invalidante à ce moment-là. La position de l'intimé – qui n'a retenu aucune dégradation notable de l'état de santé du recourant entre la décision sur opposition de refus de prestations du 19 février 2008 et la décision litigieuse du 18 janvier 2016 sur le plan psychique – n'est donc pas critiquable. La mise en œuvre d'une expertise psychiatrique comme le demande le recourant n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a et 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 9C_326/2015 du 20 janvier 2016 consid. 4.2.2 et 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. c) En conclusion, force est de constater que l'état de santé du recourant s'est aggravé sur le plan somatique puisqu'au moment de la décision litigieuse, sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de magasinier et entière dans une activité adaptée (sans travaux lourds, sans mouvements répétitifs de l'épaule droite et sans mouvement au-dessus du buste) en raison d'une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule droite. Il convient dès lors d'examiner si cette atteinte à la santé et son effet sur la capacité de travail a pour conséquence une perte de gain lui ouvrant un droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 7

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 générale, 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 ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). b) 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_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1). En présence de circonstances particulières, en particulier lorsque l'assuré a cessé son activité depuis plusieurs années, il est possible de s'écarter du dernier salaire réalisé et de recourir aux données statistiques résultant de l'ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (TFA I 636/02 du 15 avril 2003 consid. 4.1). c) Le revenu d'invalidité doit être également évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes ([DPT] ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent 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). Une déduction globale maximale 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 ; TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2 et 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2

et 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge des assurances sociales quant à l'étendue de l'abattement du salaire statistique n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« Angemessenheitskontrolle »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; TF 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2). d) Afin de calculer la perte de gain subie par le recourant dans le cas d'espèce, l'intimé a procédé à une approche théorique en application de la méthode générale de comparaison des revenus. La détermination des revenus avec et sans invalidité, sur la base des statistiques résultant de l'ESS dans les deux cas, n'a pas été critiquée par le recourant et, vérifiée d'office, doit être confirmée. Il en va de même du taux d'abattement de 10 % retenu par l'intimé afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant qui n'a, au demeurant, pas non plus été contesté. La comparaison du revenu sans invalidité (65'633 fr. 33) et du revenu avec invalidité (59'070 fr. 01) correspond à un taux d'invalidité de 10 %, ce qui ne donne droit ni à une rente d'invalidité ni à des mesures de reclassement. Il s'ensuit que c'est à raison que l'intimé a dénié au recourant tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 8

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) 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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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