

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 590 vom 5. September 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-09-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2018\\_\\_590](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__590)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 590 du 5 septembre 2018

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 590 del 5 settembre 2018

## Regeste

MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, REJET DE LA DEMANDE, ACCIDENT, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 17 al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

## Erwägungen

### E. 10

octobre 2013. Il a en conséquence proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. c) En réplique du 15 février 2018, l'assuré a produit un certificat médical du Dr G. \_\_\_\_\_ du 9 février 2018, selon lequel le fait qu'il ne puisse plus porter de charges supérieures à 5 kg nécessitait la mise en oeuvre de mesures professionnelles. Dans ce sens, il a fait valoir que son degré d'invalidité était de 20% à tout le moins, compte tenu de l'écart séparant le revenu perçu avant son accident de celui qu'il toucherait actuellement dans une activité adaptée à son état de santé. Partant, il a conclu à l'octroi de mesures de réadaptation en sa faveur, tout en précisant qu'il renonçait à l'allocation d'une rente. d) Renvoyant dans sa duplique du 6 mars 2018 à sa réponse du 12 décembre 2017, l'office AI a réitéré ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. e) Le 5 avril 2018, l'assuré a fait savoir qu'il renonçait à la tenue de débats publics. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Le présent recours, formé en temps utile et dans le respect des formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), est en conséquence recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164 ; 125 V

413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le recourant ne conteste pas la décision rendue par l'office AI le 20 septembre 2017 ensuite du dépôt d'une nouvelle demande de prestations, en tant qu'elle concerne le refus de l'octroi d'une rente d'invalidité. En revanche, il prétend à des mesures professionnelles, lesquelles lui ont été refusées au motif qu'il ne présentait pas une diminution de sa capacité de gain de 20% au moins. 3. a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente. L'invalidité se définit comme 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 et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (cf. TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2). 4. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C\_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2; 8C\_1034/2009 du 28 juillet 2010 consid. 4.2 et 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). 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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). 5. Dans le cas d'espèce, il convient de se pencher sur les circonstances (médicales ou économiques) liées à la personne de l'assuré et d'examiner si elles se sont modifiées entre la décision du 10 octobre 2013 et la décision attaquée du 20 septembre 2017 au point d'influencer le degré d'invalidité du recourant. a) aa) En premier lieu, il sied de constater que les nouvelles atteintes que sont le diabète de type II et la sténose de l'urètre (cf. notamment demande de prestations du 3 octobre 2016 ainsi que les rapports du Dr Z.\_\_\_\_\_ et du Dr G.\_\_\_\_\_ datés respectivement du 30 janvier 2017 et du 2 mars 2017) ne sont selon toute vraisemblance pas incapacitantes, en l'absence de rapport médical allant dans ce sens. bb) Le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2017 mentionne les diagnostics de lombo-pyralgies chroniques, de gonalgies gauches dans le cadre de troubles dégénératifs, d'un déconditionnement musculaire et d'un diabète de type II. Tout en précisant, dans son précédent rapport du 28 mars 2013, n'avoir vu l'assuré qu'une seule fois en date du 19 juin 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_ diagnostiquait alors des lombalgies chroniques avec sciatalgies gauches intermittentes dans des discopathies L4-L5, L5-S1 avec une hernie discale L5-S1 paramédiane gauche ainsi qu'un déconditionnement physique. Sous réserve des gonalgies gauches et du diabète de type II, ces diagnostics sont quasiment superposables à ceux posés en 2017. Les gonalgies gauches sont l'expression des plaintes de l'assuré (cf. rapport médical du 30 janvier 2017, ch. 1.4). Dans le cadre de l'examen clinique, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne relève rien de particulier à leur propos et le status neurologique des membres inférieurs est dans la norme. Dans son rapport du 8 juin 2017, il fait d'ailleurs mention d'un soulagement des gonalgies ensuite de l'introduction d'un traitement médicamenteux (Condrosulf) et observe qu'il y a peu de changement pour le surplus s'agissant de la symptomatologie douloureuse lombaire par rapport à la situation de janvier 2017. Quant à la hernie discale, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne la cite plus expressément en tant que diagnostic dans son rapport du 30 janvier 2017. On peut supposer qu'elle doit être comprise dans la mention des troubles dégénératifs et, dans le cadre de son examen clinique, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne donne aucune indication particulière en relation avec cette hernie de telle sorte que l'on doit en déduire que celle-ci n'a pas évolué depuis 2008 (cf. CT scan lombaire du 7 janvier 2008) au point d'influencer l'état de santé de l'assuré. S'agissant des cervicalgies (cf. rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 18 mars 2016), l'examen clinique du 4 janvier 2017 ne révèle rien de particulier. Par ailleurs, il ressort des dires de l'assuré lui-même que le bilan radiologique est rassurant, ce qui laisse supposer qu'aucune péjoration des atteintes à la colonne vertébrale n'a été objectivée. Enfin, il ressort des deux rapports du Dr Z.\_\_\_\_\_ des 30 janvier et 8 juin 2017 que moyennant un reconditionnement musculaire, son patient pourrait travailler dans une activité adaptée et légère, avec des ports de charges limités à 5-10 kg. b) A lire l'annexe au rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ du 2 mars 2017, l'assuré ne pourrait travailler que dans une position assise et sans port de charges supérieures à 5 kg. Il précise, s'agissant de l'activité sédentaire, que

son patient présente des douleurs au dos après 3 heures. Il relaie ainsi les plaintes de son patient sans se prononcer sur l'objectivité de cette allégation en lien avec les atteintes diagnostiquées. Ce médecin fait également mention d'une capacité d'adaptation et d'une résistance limitées, sans cependant en préciser le genre. En fin de compte, dans son dernier certificat médical du 9 février 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_ atteste de la nécessité de mesures de réadaptation en vue d'un travail adapté avec port de charges limité à 5 kg. Il peut en être déduit que pour le médecin traitant, une capacité de travail dans une activité adaptée est finalement envisageable. Ni ce médecin, ni aucun autre médecin ne fait mention d'une quelconque diminution de rendement dans une activité adaptée de telle sorte que le grief formulé dans le recours s'agissant de l'absence de prise en compte par l'office AI d'une diminution de rendement ne saurait être retenu. Les limitations fonctionnelles résultant des atteintes du rachis ne se sont pas sensiblement modifiées entre 2013 et 2016, contrairement à ce que soutient le recourant. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ envisage des ports de charges jusqu'à 10 kg (cf. rapport du 8 juin 2017). Même dans l'hypothèse où le port de charges devait effectivement être limité à 5 kg, il n'affecterait pas la capacité de travail, laquelle demeure à 100%, nonobstant les certificats d'incapacité de travail délivrés par le médecin traitant (cf. notamment les certificats du Dr G.\_\_\_\_\_ des 22 février 2016, 18 mars 2016 et 30 septembre 2017), lesquels doivent être appréciés avec la réserve usuelle (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Quoiqu'il en soit, le marché du travail offre un choix suffisamment diversifié et vaste d'activités simples et répétitives compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant. c) L'analyse du dossier médical dans son ensemble permet d'admettre que l'état de santé du recourant est resté globalement stable entre 2013 et 2017, en l'absence d'une modification des circonstances propres à justifier une aggravation de l'invalidité. 6. Le recourant sollicite l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. a) Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5 e révision de l'AI], FF 2005 4223 n. 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une démarche au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et/ou intellectuelles – de la personne assurée. Les mesures qui peuvent être exigées de la personne assurée doivent être aptes à atténuer les conséquences de l'atteinte à la santé (ATF 139 V 399 consid. 5.1 ; 138 I 205 consid. 3.1). Ainsi, en vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 532 n° 2016 et les références citées). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, op. cit., p. 533 n° 2018 et les références citées). b) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à

l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 15 à 18 LAI. Selon l'art. 17 al. 1 LAI, 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. 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 fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). c) En l'espèce, le degré d'incapacité de gain (5%) est largement inférieur au degré d'environ 20% retenu par la jurisprudence. Au demeurant le revenu tiré des activités professionnelles antérieures aux atteintes à la santé s'avère inférieur (cf. extrait du compte individuel AVS du 26 janvier 2017) au revenu statistique tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires en matière d'activités simples et répétitives, lesquelles sont accessibles à l'assuré (cf. décision du 10 octobre 2013). Par ailleurs, il convient d'admettre que le marché du travail offre un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle. On relèvera pour finir que, dans son rapport du 30 janvier 2017, le Dr Z. \_\_\_\_\_ observe que l'assuré présente des rachialgies chroniques dans le contexte d'un déconditionnement global mais aussi certainement social. Il émet en conséquence un pronostic réservé, dépendant beaucoup de l'investissement de l'assuré. Il ressort par ailleurs de son dernier rapport du 8 juin 2017 que le réentraînement musculaire n'est plus poursuivi. Il sied ici de souligner que, dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés (cf. TF 9C\_661/2016 du 19 avril 2017 consid. 2.3 et les références). Ceci rappelé, il incombe en premier lieu à l'assuré de se conformer aux mesures thérapeutiques qui lui sont recommandées par le corps médical. Quant aux facteurs sociaux susceptibles d'entraver l'accessibilité au marché du travail, ils ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. En effet, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPG) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références). 7. En définitive, en déniaut le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures d'ordre professionnel) motif pris que son degré d'invalidité n'avait pas changé depuis la décision du 10 octobre 2013, la décision attaquée échappe à la critique. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision du 20 septembre 2017. 8. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPG, 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 judiciaires (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, il convient de les arrêter à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de

l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA a contrario ; art. 55 LPA-VD). c) Par décision de la magistrate instructrice du 16 novembre 2017, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire et obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me François Gillard. Celui-ci a produit sa liste des opérations le 26 avril 2018, laquelle rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Partant, il convient de retenir 7 heures et 20 minutes de prestations d'avocat rémunérées à un tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 1'320 fr. auquel il y a lieu d'ajouter 36 fr. 20 de débours. A ces montants, il convient d'ajouter la TVA. Dès lors que Me Gillard ne précise pas quelles opérations ont été effectuées jusqu'au 31 décembre 2017 – date jusqu'à laquelle le taux de TVA était de 8% – ou dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 – date à compter de laquelle ce taux est de 7,7% –, c'est le taux unique de 8% tel que retenu par le conseil d'office que l'on appliquera dans le cas d'espèce. L'indemnité totale sera donc arrêtée à 1'464 fr. 70. d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral 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 ce remboursement (art. 5 RAJ).

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