

## **VD\_GERICHTE ZD10.005157 vom 20. Juli 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-07-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD10.005157](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.005157)

FR: VD\_GERICHTE ZD10.005157 du 20 juillet 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD10.005157 del 20 luglio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

mai 2006, sans que l'on puisse pour autant dénier valeur probante aux avis médicaux recueillis. aa) S'agissant des médecins traitants de l'assuré, on rappellera tout d'abord que, le 21 avril 2006, le Dr D. \_\_\_\_\_ a exposé que l'intéressé – dont l'état n'avait pas évolué depuis octobre 2005 – présentait une incapacité de travail totale et de longue durée. Moins d'un mois plus tard, par rapport du 18 mai 2006, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stabilisé; il ne s'est toutefois pas déterminé sur la capacité de travail du recourant. Le 23 janvier 2007, ce médecin a précisé que la vasculopathie périphérique de l'assuré était en théorie compatible avec une activité professionnelle très sédentaire, cette pathologie étant néanmoins susceptible d'une lente dégradation. Le 26 février 2007, le Dr D. \_\_\_\_\_ a renvoyé à son précédent constat du 21 avril 2006, tout en faisant état d'une nouvelle atteinte survenue en août 2006 et ayant abouti à une perte de l'acuité visuelle de l'œil gauche (réduite à 0,2); cela étant, ce médecin a estimé que la capacité de travail théorique de l'intéressé se situait entre 20% et 30% dans une activité adaptée. Le 21 avril 2008, le Dr M. \_\_\_\_\_ a précisé que les atteintes dont l'assuré souffrait au niveau de la jambe droite s'étaient aggravées sur les plans orthopédique et vasculaire, que cette jambe présentait désormais un œdème chronique peu compatible avec une activité sédentaire prolongée, et que dans ces circonstances, l'incapacité de travail était de 75% à 100%. Le 21 mai 2008, le Dr K. \_\_\_\_\_ a renoncé à se prononcer sur l'exigibilité d'une activité lucrative, mais a souligné que les limitations fonctionnelles du membre inférieur droit de l'assuré se répercutaient sur sa capacité de travail. Le 2 juin 2008, le Dr D. \_\_\_\_\_ a en substance relevé que la situation demeurait inchangée du point de vue somatique, que l'intéressé présentait certainement des troubles de l'adaptation compte tenu de sa

- 22 - longue période d'inactivité, et que la capacité de travail résiduelle était de 30%. Le 23 février 2010, ce médecin a exposé que les atteintes de l'assuré persistaient et que l'incapacité de travail de ce dernier dans une activité adaptée se situait entre 70% et 80%. En résumé, si le Dr K. \_\_\_\_\_ a admis l'existence d'une certaine stabilisation de l'état de santé de l'intéressé dès le 18 mai 2006, il reste que ce médecin ne s'est à aucun moment déterminé sur la capacité de travail de l'assuré à l'époque de cette stabilisation; tout au plus s'est-il limité à relever que l'intéressé pourrait théoriquement travailler dans un métier très sédentaire, sans indiquer de taux d'occupation. On peine dès lors à comprendre que la décision litigieuse puisse indiquer que «[s]elon le rapport [...] médical du Dr K. \_\_\_\_\_ du 18 mai 2006 et son complément du 23 janvier 2007» la capacité de travail du recourant «est entière dans une activité très sédentaire». Il ressort par ailleurs des rapports médicaux évoqués ci-dessus, que les Drs D. \_\_\_\_\_, M. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ s'accordent à reconnaître la nature invalidante ainsi que la persistance – voire, selon le Dr M. \_\_\_\_\_, l'aggravation – des atteintes dont souffre l'assuré. A cela s'ajoute que les Drs D. \_\_\_\_\_ et

M. \_\_\_\_\_ retiennent sur le long terme une incapacité de travail oscillant entre 70% et 100%, et qu'en outre, le Dr M. \_\_\_\_\_ signale une modification du type d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, ce dernier n'étant plus en mesure d'assumer un poste essentiellement en position assise, précédemment jugé exigible. bb) Quant à l'appréciation du SMR, il apparaît que celle-ci s'écarte de l'évaluation des médecins traitants telle qu'exposée ci-dessus, s'agissant de la capacité de travail du recourant après le 18 mai 2006. Il sied de rappeler, préalablement, que par avis médical SMR du 28 avril 2005, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré était pleinement apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Puis, dans un avis du 1er décembre 2005, ce médecin a estimé que l'assuré – dont la situation n'était pas stabilisée – présentait une incapacité totale de travail depuis le 13 septembre 2005.

- 23 - Cela étant, il apparaît que, par avis médical SMR du 15 mars 2007, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a d'une part renvoyé à son constat du 28 avril 2005, le qualifiant de compatible avec les observations du Dr K. \_\_\_\_\_. Il a d'autre part retenu que l'assuré s'était trouvé en incapacité totale de travail entre le 13 septembre et la fin novembre 2005. L'avis du 15 mars 2007 doit être doublement relativisé. Tout d'abord, la compatibilité de l'opinion du Dr K. \_\_\_\_\_ avec l'avis SMR du 28 avril 2005 apparaît douteuse, dès lors que ce médecin n'a jamais reconnu à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (cf. consid. 5b/aa supra). En outre, rien au dossier ne permet d'expliquer l'antinomie manifeste entre l'avis SMR du 1er décembre 2005 et celui du 15 mars 2007, quant à la fin de la période d'incapacité de travail ayant débuté le 13 septembre 2005. Par la suite, dans un avis du 22 août 2007 consécutif à un entretien avec le Dr D. \_\_\_\_\_, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a relevé que l'état de santé de l'assuré n'avait pratiquement pas changé depuis 2004, et que l'incapacité de travail dans toute activité telle que retenue par le Dr D. \_\_\_\_\_ n'était fondée sur aucun critère objectif, mais reposait sur des considérations extra-médicales dénuées de pertinence. Aussi le Dr Z. \_\_\_\_\_ a-t-il retenu qu'il n'y avait «pas de raison objective de modifier le contenu de [ses] avis précédents». La portée de cette dernière remarque s'avère toutefois équivoque, dès lors que l'avis SMR du 1er décembre 2005 reconnaît à l'assuré une totale incapacité de travail dans toute activité, contrairement aux avis des 28 avril 2005 et 15 mars 2007. A cela s'ajoute que les propos imputés au Dr D. \_\_\_\_\_ n'ont pas été corroborés dans un compte-rendu en bonne et due forme. Il s'ensuit que la pertinence de l'avis SMR du 22 août 2007 apparaît sujette à caution. Par avis du 13 mars 2008, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a retenu que la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle était nulle entre février 2005 et septembre 2005, que l'exigibilité dans une activité adaptée était complète entre juin 2003 et septembre 2005 (exception faite de la période post-opératoire du 12 novembre 2003 au 11 février 2005), que la

- 24 - vision monoculaire n'avait pas d'impact sur la capacité de travail du recourant, et que le taux d'activité de 30% évoqué par le Dr D. \_\_\_\_\_ le 26 février 2007 reposait sur des considérations extra-médicales. D'une part, les observations du Dr Z. \_\_\_\_\_ relatives à la capacité de travail du recourant avant le 18 mai 2006 sont dépourvues de pertinence compte tenu de l'objet du présent litige (cf. consid. 2b supra). D'autre part, le grief fait à l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_ s'avère dénué de fondement. En effet, il ressort du rapport de ce médecin du 26 février 2007 que le taux de 30% a été fixé au regard des affections et des limitations fonctionnelles de l'assuré («une activité sédentaire à temps partiel pourrait être envisagée mais il faut tenir compte que le patient devrait faire des déplacements jusqu'à son lieu de travail ce qui est, face aux nombreuses pathologies connues, très problématique.

Pour cette raison, je reste de l'avis que sa capacité de travail même théorique ne dépasse pas le 20-30%», éléments que l'on ne saurait qualifier d'extra-médicaux. Par avis médical SMR du 24 juillet 2008, les Drs N. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont tout d'abord apporté des précisions quant à la période antérieure au 18 mai 2006, sur laquelle il n'y a pas lieu de revenir dans le présent arrêt (cf. consid. 2b supra). En outre, ils ont estimé que les Drs M. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ ne s'étaient pas prononcés sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, de sorte que leurs constats ne contredisaient pas l'opinion du SMR, selon laquelle l'intéressé était entièrement en mesure d'occuper un poste adapté à ses limitations fonctionnelles orthopédiques, vasculaires et oculaires. Cette appréciation ne saurait être corroborée par la Cour de céans. En effet, quoi qu'en disent les médecins du SMR, force est de constater que le Dr D. \_\_\_\_\_ s'est exprimé sur la question de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée (cf. rapport du 26 janvier 2007 : «[I]a capacité de travail même théorique ne dépasse pas le 20-30%»; cf. rapport du 2 juin 2008 : «L'AI affirme que l'état actuel de Monsieur G. \_\_\_\_\_ lui permet de pratiquer un travail sédentaire mais cela n'a qu'une valeur théorique [...] la capacité de travail résiduelle de ce patient ne dépasse pas le 30%»; cf. rapport du 23 février 2010 : «[l']invalidité, même dans une activité adaptée, est toujours d'actualité et, à mon avis, se situe entre 70 et 80%»)

- 25 - et que son appréciation ne saurait être qualifiée de compatible avec celle du SMR. Il en va de même du Dr M. \_\_\_\_\_, lequel, dans son rapport du 21 avril 2008, a évalué l'incapacité de travail de l'assuré entre 75% et 100%, non sans avoir préalablement précisé que l'exercice d'un métier en position assise prolongée – précédemment jugé exigible – n'était plus indiqué. Quant à l'avis SMR du 13 janvier 2010, les Drs Z. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ y ont précisé qu'ils se ralliaient aux conclusions de la Clinique V. \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2002, selon lesquelles l'assuré disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée. Pour le surplus, ces médecins ont évoqué les rapports médicaux mentionnés par l'assuré dans ses objections du 2 novembre 2009. S'agissant notamment des constats du Dr D. \_\_\_\_\_ des 26 février 2007 et 2 juin 2008, les médecins du SMR ont exposé qu'ils ne pouvaient admettre une capacité de travail oscillant entre 20% et 30% dans une activité adaptée, dès lors que l'état de santé du recourant était stationnaire et qu'ils ne voyaient pas pour quels motifs l'exercice d'une activité sédentaire ne requérant pas de vision binoculaire devait être réduit. Ce faisant, ces médecins n'ont fait qu'opposer leur propre appréciation à celle du Dr D. \_\_\_\_\_, sans avancer de réelle motivation médicale à l'appui de leur argumentation, laquelle ne saurait dès lors l'emporter sans autre sur le point de vue du Dr D. \_\_\_\_\_. En outre, c'est à tort que les Drs H. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont estimé que le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 21 avril 2008 n'abordait pas la question de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, ainsi qu'il a été précisé ci-avant. Pour récapituler, il apparaît donc que le SMR (et, corollairement, l'OAI) s'est fondé sur le rapport de la Clinique V. \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2002, pour considérer que l'assuré était pleinement apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. A contrario, ce service a retenu que l'appréciation des médecins traitants de l'assuré, en particulier celle des Drs D. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, devait être réfutée. Cela étant, il y a tout d'abord lieu de s'interroger sur la pertinence de l'évaluation de la Clinique V. \_\_\_\_\_ dans le présent contexte. En effet, ce

- 26 - rapport, qui avait déjà plus de 8 ans à la date du prononcé litigieux, est antérieur à la majeure partie des troubles somatiques rencontrés par l'assuré. A cela s'ajoute qu'après examen des avis du SMR, force est de constater que l'argumentation avancée par ce service

pour relativiser la portée des rapports des médecins traitants n'apparaît pas convaincante – cela nonobstant le fait que la vision monoculaire ne constitue pas en soi un obstacle à l'exercice d'une activité industrielle légère (cf. à cet égard TF 9C\_556/2009 du 27 janvier 2010), ainsi que l'a relevé le Dr Z. \_\_\_\_\_ dans son avis du 13 mars 2008. cc) Au vu des éléments exposés ci-dessus, il s'avère que l'instruction menée par l'OAI est lacunaire. En effet, au vu de l'évolution complexe de l'état de santé du recourant (complexité illustrée notamment par les quatre «avis juriste» détaillés figurant au dossier de l'intimé) et, surtout, de la controverse médicale relative à l'évaluation de la capacité de travail du recourant au-delà du 18 mai 2006, l'OAI ne pouvait s'estimer en droit de rendre une décision sans avoir préalablement complété et actualisé l'instruction sur cette question. 6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). En effet, selon la jurisprudence, il appartient au premier chef à l'OAI d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le

- 27 - domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI ; ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985, K 646 p. 235 consid. 4). b) En l'occurrence, des doutes suffisants existent quant au caractère probant des avis du SMR (cf. consid. 4d et 5b/bb supra) – éléments sur lesquels l'OAI a pourtant fondé la décision entreprise. Il y a discordance manifeste – sans que l'on puisse pour autant dénier valeur probante à leurs avis respectifs – entre l'appréciation des Drs D. \_\_\_\_\_, K. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ et celle du SMR sur la capacité de travail résiduelle du recourant après le 18 mai 2006, de sorte qu'il appartient à un expert de départager ces opinions (cf. consid. 4d supra). Par conséquent, la Cour de céans ne saurait statuer en l'état du dossier. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il complète l'instruction sur le plan médical par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA, et qu'il rende une nouvelle décision. A noter, au surplus, que l'intéressé a été amputé d'un orteil du pied droit le 29 octobre 2008, et qu'en l'état du dossier, on ignore tout du contexte et des suites de cette intervention, notamment sous l'angle d'une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant – étant relevé ici que le rapport du Dr O. \_\_\_\_\_ indexé le 17 mars 2009 (qui se limite à mentionner un pied diabétique à risque) s'avère par trop lacunaire pour pouvoir être considéré comme pertinent dans le présent contexte. Ce point méritera lui aussi d'être investigué dans le cadre d'une instruction complémentaire. 7. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et le dossier de la cause renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical et nouvelle décision. b) Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par l'assuré, ni d'analyser plus avant les autres griefs invoqués par l'intéressé.

- 28 - 8. a) Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 52 LPA-VD). b) Le recourant obtient gain de cause dans la mesure où la décision attaquée est annulée. Assisté par un avocat, il a donc droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPA-VD; ATF 135 V 473 consid. 2.1). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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