

# **VD\_GERICHTE ZD10.018194 vom 20. Juli 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-07-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD10.018194](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.018194)

FR: VD\_GERICHTE ZD10.018194 du 20 juillet 2012

IT: VD\_GERICHTE ZD10.018194 del 20 luglio 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Anamnèse Anamnèse professionnelle et sociale Evolution de la maladie et résultats des thérapies Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle Cf. ci-dessus.

### **E. 2**

Plaintes et données subjectives de l'assuré(e) Cf. ci-dessus.

#### **E. 2.1**

Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Sur le plan somatique, pour les éléments développés plus haut, la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent est en principe complète. On devrait néanmoins envisager d'éviter au patient le

- 13 - port de charges particulièrement lourdes et autoriser une activité permettant des changements relativement fréquents de position. Sur le plan psychique, pas nécessaire.

#### **E. 2.2**

A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? Pour les éléments développés plus haut, du point de vue strictement somatique, la capacité de travail est de toute façon complète. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

#### **E. 2.3**

L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

- 12 - Sur le plan somatique, à plein temps. Sur le plan psychique, à plein temps.

#### **E. 2.4**

Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure? Sur le plan somatique, non Sur le plan psychique, non

#### **E. 2.5**

Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? Sur le plan somatique, il n'y a en principe pas d'incapacité de travail significative prolongée. Sur le plan psychique, pas d'incapacité de travail.

#### **E. 2.6**

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Sur le plan somatique, cf. réponse à la question 2.5. Sur le plan psychique, cf. réponse à la question 2.5. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son

environnement professionnel? Oui. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables Si oui prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants - la possibilité de s'habituer à un rythme de travail - l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social - la mobilisation des ressources existantes Si non, pour quelles raisons? Oui, mais étant donné le comportement observé lors des examens somatiques, on peut douter des résultats. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

### **E. 3**

Status clinique Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs) Résultats des tests avec la méthode utilisée Cf. ci-dessus.

- 11 -

#### **E. 3.1**

Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Sur le plan somatique, toute activité potentiellement adaptée aux capacités du patient est exigible, en évitant néanmoins, compte tenu des constatations radiologiques, des activités comportant un engagement physique particulièrement lourd et une position fixe prolongée. Sur le plan psychique, toute activité est possible.

#### **E. 3.2**

Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)? Sur le plan somatique, à plein temps. Sur le plan psychique, à 100%.

#### **E. 3.3**

Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure? Sur le plan somatique, non. Sur le plan psychique, non." Par courrier du 31 mars 2006, l'assurance protection juridique de l'assuré a fait parvenir 3 rapports médicaux dont un émanant du Dr B. \_\_\_\_\_ du 21 mars 2006. Il en ressort notamment ce qui suit : "Voici un complément d'informations concernant le patient susnommé que j'ai revu en consultation, à sa demande, le 6.03.06. (...) IRM cérébrale du 13.03.06 - C.I.M.M. insuffisance artérielle cérébrale diffuse avec de nombreux foyers hyperintenses dans la substance blanche des 2 hémisphères cérébraux.

- 14 - Infarctissements linéaires dans le territoire sylvien droit, l'un para- ventriculaire antéro-latéral, un autre sus-putaminal empiétant sur le départ de la capsule blanche interne droite et petit infarctissement ovalaire dans la région thalamique latéro-basale postérieure droite. Il s'agit donc de séquelles neuroradiologiques d'un AVC dans le territoire sylvien droit, survenu en mai 2005 ; compatibles avec le tableau neurologique actuel." Par décision du 30 mai 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Par courrier du 3 juillet 2006, l'assuré a fait opposition contre cette décision par l'intermédiaire de son assurance protection juridique. Le 24 novembre 2006, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, orthopédie et traumatologie, a posé les diagnostics de rupture du tendon du sous-scapulaire à droite avec rupture du long chef du biceps à droite, de status après hémiparésie gauche, d'hypertension artérielle (HTA), de diabète sucré et d'hypercholestérolémie. Un examen clinique orthopédique a été effectué le 22 mai 2008 au Service médical régional AI (ci-après : SMR) par le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en

traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport d'examen du 26 mai 2008, ce médecin a notamment écrit ce qui suit : "DIAGNOSTICS - avec répercussion sur la capacité de travail • LOMBOSCIATALGIES CHRONIQUES SANS TROUBLES NEUROLOGIQUES. HERNIE DISCALE L4-L5 G. TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS (M 51.2) • CERVICALGIES CHRONIQUES SUR TROUBLES DÉGÉNÉRATIFS. DISCARTHROSE C6-C7 • SYNDROME DE LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'ÉPAULE D, LÉSIONS DÉGÉNÉRATIVES DU LONG CHEF DU BICEPS ET DU SOUS-SCAPULAIRE (M 75.1) • STATUS APRÈS POSSIBLE ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL SANS SÉQUELLES OBJECTIVABLES • COXARTHROSE BILATÉRALE DÉBUTANTE - sans répercussion sur la capacité de travail

- 15 - • HYPERTENSION ARTÉRIELLE EN TRAITEMENT • HYPERLIPÉMIE EN TRAITEMENT. APPRÉCIATION DU CAS Assuré de 57 ans, sans formation particulière, ayant travaillé comme magasinier. Développe des lombosciatalgies bilatérales sans troubles neurologiques. Il dépose une première demande AI en 1997, laquelle a été refusée en 2001. L'assuré développe des cervicalgies depuis 1999. En 2004, l'assuré dépose une deuxième demande AI. En mai 2005, il développe des troubles sensitivomoteurs de l'hémicorps G. L'examen neurologique détaillé y compris l'EMG effectué par le Dr M. \_\_\_\_\_ en janvier 2006 n'a pas permis de mettre en évidence une atteinte neurologique périphérique. Un IRM cérébral effectué en mars 2006 montre des images compatibles avec des infarctissements linéaires dans le territoire sylvien D. En septembre 2006, mise en évidence d'une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule D. Les limitations fonctionnelles : l'assuré peut exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner la position assise avec la position debout, à sa guise. Doit éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux. Doit éviter le port de charges > 15 kg. Doit éviter tout métier qui implique une mobilité de l'épaule D (non dominante) au-delà de l'horizontale et le soulèvement de charges > 5 kg, surtout à répétition. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Arrêt de travail depuis le 18.08.1997. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle lucrative. Concernant la capacité de travail exigible, l'expertise pluridisciplinaire de janvier 2006 conclut que l'assuré est apte à travailler dans toute activité à 100% en évitant le port de charges lourdes et en privilégiant une activité qui permet le changement fréquent de position. Cette expertise a eu lieu avant la mise en évidence de la lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule D (non dominante). Cette lésion entraîne d'autres limitations fonctionnelles qui font que le métier de magasinier ne soit plus exigible, car selon l'assuré, il devait lever des charges à répétition. Nous considérons donc que selon les renseignements obtenus auprès de l'assuré, sa capacité de travail en tant que magasinier est nulle depuis septembre 2006. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail de cet assuré reste complète. Nous n'avons aucun argument pour diminuer cette capacité de travail. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0%. DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100%. DEPUIS : TOUJOURS."

- 16 - Dans un avis du 2 juin 2008, le Dr G. \_\_\_\_\_, du SMR, a écrit ce qui suit : "L'examen orthopédique au SMR du 22.05.2008 met en évidence une atteinte durable de l'épaule D (chez un gaucher), qui entraîne des limitations fonctionnelles et rend inexigible le travail d'ouvrier du bâtiment ou de magasinier. Les limitations fonctionnelles nouvelles sont : port de charges de plus de 15 kg travaux impliquant une mobilité de l'épaule D

au-delà de l'horizontale et le soulèvement à répétition de charges de plus de

#### **E. 4**

Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

##### **E. 4.1**

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents? --

##### **E. 4.2**

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents? -  
Hernie discale L4-L5 gauche non compressive et canal lombaire étroit limite très certainement sans expression clinique. - Troubles sensitivo-moteurs hémicorporels gauches sans substrat organique actuellement significatif. B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Sur le plan physique Compte tenu des éléments à notre disposition, en dehors d'une limitation dans les activités physiques particulièrement lourdes liées aux troubles dégénératifs cervico-lombaires, Monsieur V. \_\_\_\_\_ ne présente pas d'incapacité de travail significative dans une activité de grutier, de magasinier et de manoeuvre. Sur le plan psychique et mental Pas de limitation Sur le plan social Pas de limitation 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

#### **E. 5**

a) Aux termes de l'art. 43 al. 1 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. 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 AI 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. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art 43 al. 1 LPGA). 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). Dans la mesure où 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 oeuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (ATF 132 V 93).

- 28 - b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens

complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références citées). c) Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Selon la jurisprudence, le juge qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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 en général disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3 et les références citées). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement («eine bisher vollständig ungeklärten Frage»), ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative («Klarstellung,

- 29 - Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen») ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la nature et l'ampleur des atteintes somatiques dont souffre le recourant et quant à leurs conséquences sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'OAI est manifestement lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit. En préférant statuer en l'état, sans chercher à élucider les points précités, l'OAI a non seulement constaté les faits de façon sommaire, mais a encore failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il avait besoin (art. 43 al. 1 LPGA et 69 al. 2 RAI). En conséquence, le renvoi de la cause à l'OAI s'impose pour complément d'instruction (ATF 137 V 210 précité) sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (notamment rhumatologique, orthopédique, neurologique et cardiologique) au sens de l'art. 44 LPGA et de l'art. 72bis RAI afin de préciser les troubles somatiques du recourant et définir sa capacité de travail. En effet, l'OAI est le mieux à même à ce stade d'effectuer cette instruction complémentaire, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans y procède elle-même.

## **E. 6**

a) Au vu des circonstances du cas d'espèce, le recours doit être admis, la décision attaquée du 30 avril 2010 annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire. 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

- 30 - assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et être mis à la charge de l'OAI. c) Obtenant gain de cause, le recourant, par ailleurs représenté par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'000 fr., à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA).

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