

VD_GERICHTE ZD10.028596 vom 25. August 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.028596

FR: VD_GERICHTE ZD10.028596 du 25 août 2011

IT: VD_GERICHTE ZD10.028596 del 25 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA. L'art. 56 LPGA dispose que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujette à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Formé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

E. 2

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

- 9 - 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 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a). En l'espèce, le principe du droit à une rente d'invalidité est acquis. Est seul litigieux le point de savoir si le taux d'invalidité qui doit être pris en charge ouvre le droit à plus d'une demi-rente.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail 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 exigible peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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. L'invalidité est donc une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique et ne se confond pas nécessairement avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin puisque ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe

- 10 - d'évaluer (ATF 110 V 275 et 105 V 205). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1er janvier 2008 [5e révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 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; Pratique VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b/cc; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1 et 9C_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral,

- 11 - lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné (TF 8C_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3 et 8C_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1). L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 8C_65/2010 du 6 septembre 2010, consid. 3.1 et 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités). En matière d'assurances sociales, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux constatations émanant de médecins spécialistes internes à un assureur. Le Tribunal fédéral a précisé que dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales et en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme

développée en relation avec l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, RS 0.101), disposition traitant du "droit à un procès équitable", il n'existe pas de droit formel de l'assuré à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4). Le recours aux services d'un expert indépendant au sens de l'art. 44 LPGA, soit le droit à obtenir la mise en œuvre d'une expertise médicale, s'impose uniquement dans les cas où des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le(s) médecin(s) spécialiste(s) interne(s) de l'assureur (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Même si les avis des médecins spécialisés des assureurs n'ont pas exactement la même valeur probante qu'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, il n'en demeure pas moins que de tels avis doivent être pris en considération tant qu'il n'existe pas de légers doutes quant à l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465

- 12 - consid. 4.7). Partant, dans la mesure où il remplit les exigences requises, un rapport d'examen médical d'un service médical régional de l'AI au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité, RS 831.201) a pleine valeur probante alors que les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 9C_243/2010 du 28 juin 2011 consid. 1.3 [arrêt destiné à la publication], 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Le recourant requiert l'audition par la cour de céans des médecins qui l'ont suivi, des responsables des EPI et des ORIF. Il n'expose toutefois nulle part sur quels points précis il entend interroger ces divers intervenants, ni ne montre en quoi ces auditions pourraient être utiles pour compléter le dossier. Du reste, les Drs M. _____, V. _____ et P. _____ admettent tous l'impossibilité pour le recourant d'exercer le métier de maçon (ou un autre travail de force) en raison de sa lombosciatique gauche irritative. La question de savoir si l'on peut exiger du recourant qu'il exerce une activité adaptée à temps partiel doit être examinée au regard des observations des EPI et des ORIF, qui n'ont pas été faites par des médecins capables d'apprécier une situation sur le plan médical, ainsi que de l'examen clinique rhumatologique établi par le Dr H. _____ du SMR. Au vu de ce qui précède, la situation médicale du recourant, tant sur le plan physique que psychique, est clairement établie, de telle sorte qu'on renoncera à entreprendre d'autres mesures d'instruction (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il n'y a pas davantage lieu d'entendre les responsables EPI et ORIF, qui ont déposé des rapports relatant leurs

- 13 - observations. Ceux-ci ne sont du reste pas des médecins et ne sont en principe pas à même d'apprécier une situation sur le plan médical. Le recourant semble voir une divergence sensible entre l'avis des organes d'observation professionnelles et celui des médecins. Il se réfère à l'arrêt TF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 qui précise que, dans les cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (consid. 4.1 avec références). Or, les avis des centres ORIF sont assez sommaires et ne comprennent pas d'avis précis du médecin-conseil. On ne voit pas de divergence sensible entre la description du rythme de travail par l'ORIF et l'appréciation de

la capacité de travail par le SMR. Le rapport établi par le Dr H. _____ du SMR contient tous les éléments exigés par la jurisprudence pour admettre une pleine valeur probante. Il en découle que la requête d'expertise pluridisciplinaire doit être rejetée. Le recourant met certes en cause l'impartialité du médecin SMR en se fondant sur l'ATF 135 V 465 (cf. supra). Toutefois, la comparaison avec les autres rapports médicaux au dossier ne laisse pas subsister de doutes, même légers, quand aux conclusions de l'examen clinique rhumatologique, si bien que la jurisprudence citée par le recourant ne lui est d'aucun secours. Dans ses déterminations du 20 janvier 2011, le recourant affirme que le rapport SMR contient des contradictions, notamment de dates, mais il n'expose pas sur quels points décisifs il serait contradictoire et donc non probants. Le grief tiré de la constatation faite par l'intimé au sujet du changement de comportement pendant la procédure de réinsertion (ch. 21 du mémoire) est dépourvu de pertinence. En ce qui concerne les certificats médicaux établis les 16 juin et 30 juin 2010 par le Dr V. _____, médecin traitant, qui ne comportent aucune motivation, ils doivent être appréciés par rapport au contenu de l'examen détaillé qui a été fait par le Dr H. _____.

- 14 - Enfin, pour une homme encore jeune, avec une bonne expérience professionnelle (chef d'équipe efficace), un travail à temps partiel dans une activité industrielle légère n'est pas un emploi qui n'existe pas ou presque pas sur le marché. L'intimé donne des exemples concrets de métiers, tels que montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples ou légères, ouvrier dans le conditionnement. Dès lors, la décision attaquée, qui n'est pas attaquée sur d'autres points, échappe à la critique.

E. 4

Le recourant demande son audition par les juges du Tribunal cantonal afin de pouvoir exposer l'ampleur de l'atteinte à la santé, les efforts consentis et sa situation actuelle et la possibilité d'être entendu personnellement (mémoire, partie III, let. b et g). En l'espèce, l'audition du recourant pour "exposer l'ampleur de l'atteinte à sa santé, les efforts consentis et sa situation actuelle" n'apporterait pas d'élément décisif dans un domaine dominé par les observations antérieures des intervenants dans le domaine du reclassement professionnel, d'une part, et dans celui de l'évaluation médicale, d'autre part. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner la tenue d'une audience devant la cour de céans. Au surplus, le recourant ne s'est pas prévalu de la garantie de l'audience publique selon l'art. 6 CEDH et a donc implicitement renoncé à cette garantie d'ordre formel.

E. 5

En définitive, le recours doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. La procédure est onéreuse; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le

- 15 - recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19.12.2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en

tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis provisoirement à la charge du canton vu que le recourant, au bénéfice de l'assistance judiciaire, succombe. Désigné le 12 novembre 2010, décision annulée et remplacée par décision du 25 novembre 2010, par le Bureau de l'assistance judiciaire pour être conseil d'office dans la présente procédure de recours, Me Jean- Michel Duc a déposé le 9 juin 2011 sa liste détaillée d'opérations et débours entre le 23 février 2010 et le 2 novembre 2010. La décision du 25 novembre 2010 a toutefois accordé l'assistance judiciaire avec effet dès le

E. 6

septembre 2010, si bien que seules les opérations depuis cette date incluse peuvent être prises en compte. Compte tenu de l'ensemble des opérations durant la procédure de recours, il convient d'arrondir l'indemnité du conseil d'office à 500 fr., débours et TVA compris. Vu le rejet du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA). Par ces motifs,

- 16 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 7 juillet 2010 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont supportés par le canton. IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant R. _____, est arrêtée à 500 fr. (cinq cents francs). V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. VI. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc (pour R. _____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

- 17 - par l'envoi de photocopies. L'arrêt est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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