

VD_GERICHTE ZD10.035237 vom 28. Juni 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.035237

FR: VD_GERICHTE ZD10.035237 du 28 juin 2011

IT: VD_GERICHTE ZD10.035237 del 28 giugno 2011

Erwägungen

E. 2

Le recourant ne prétend plus, comme il l'avait fait dans la précédente procédure de recours ayant abouti à l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 30 avril 2009, que des mesures d'ordre professionnel auraient encore dû être ordonnées par l'Office AI. Il ne conteste pas son refus d'entrer dans une démarche de réorientation professionnelle, parce qu'il estime ne pas pouvoir travailler à un taux supérieur à 50 % et que, précisément, les tâches qui lui sont confiées par son employeur actuel, à mi-temps, sont adaptées à son état de santé. Le recourant soutient en revanche qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité. Il critique les constatations de l'OAI pour qui il disposerait d'une capacité de travail entière (à 100 %) dans une activité adaptée. Selon lui, les rapports des spécialistes du centre Orif établiraient qu'il n'a pas la possibilité de travailler à un taux supérieur à 50 %. a) Est réputée invalidité 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

E. 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 %

- 13 - donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une

appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence

- 14 - (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 ; cf. aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). Selon la jurisprudence, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465). On relèvera en dernier lieu que les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (TF I 531/4 du 11 juillet 2005). c) Dans la décision attaquée, l'OAI se réfère, sur le plan médical, à un avis du SMR du 14 avril 2010, qui lui-même renvoie à un rapport d'examen clinique du SMR du 18 août 2006. Les médecins du SMR ont estimé qu'il n'y avait pas eu, dans l'intervalle (2006-2010), d'élément médical nouveau déterminant; en outre, ils ont qualifié l'avis du médecin-conseil du centre Orif, le Dr E._____, de « superposable » (soit identique dans le résultat) au leur.

- 15 - L'aménagement actuel du poste de travail du recourant, dans l'entreprise qui l'emploie depuis plusieurs années, paraît adapté à ses limitations fonctionnelles et problèmes de dos, s'agissant du type d'activités (finitions, travaux légers, etc.) qui se distinguent sensiblement de celles habituellement effectuées par un maçon. Cela n'a du reste pas été mis en doute par l'OAI. La question décisive est celle du taux de travail exigible dans une activité adaptée, que ce soit dans l'entreprise actuelle ou dans une autre entreprise. Le recourant affirme qu'il n'est pas en mesure, à cause de son état de santé, de

travailler à un taux supérieur à 50 %. Le Dr W. _____, spécialiste en rhumatologie qui avait examiné le recourant en 2004, n'avait pas été mesure de se prononcer sur cette question; il avait estimé nécessaire qu'un stage COPAI soit organisé préalablement. Le Dr H. _____, autre spécialiste consulté à la même époque, n'avait pas été plus précis. Un stage d'observation professionnelle a été organisé en 2010. Les spécialistes en réadaptation ont retenu qu'il était douteux que le recourant puisse avoir au travail un taux de présence à 100 %, quelle que soit l'activité adaptée. Quant au médecin-conseil du centre Orif, il a déclaré « craindre que cet assuré ne pourra pas dépasser durablement le 50 % du temps et atteindre l'évaluation médico-théorique d'une pleine capacité de travail ». Une augmentation effective de la capacité de travail, de 50 à 100 %, a donc été considérée comme douteuse, y compris par un médecin. Dans un premier temps, le SMR a estimé que cette appréciation du centre Orif soulevait des questions sur le plan médical (avis médical du 24 février 2010). Ce n'est qu'ensuite que le SMR a considéré que l'avis du Dr E. _____ était clairement « superposable » au sien. Les médecins du SMR ont donc en définitive, dans leur dernier rapport (du 14 avril 2010), interprété l'avis du Dr E. _____ dans ce sens que c'est pour des raisons « extra-médicales » (d'ordre familial, ou à cause de l'attachement à l'emploi actuel) que le recourant ne disposerait

- 16 - pas d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Or on ne saurait déduire que tel était l'avis du Dr E. _____. On se trouve donc en présence d'un doute au sujet de l'évaluation de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, doute que le dernier rapport du SMR n'a pas dissipé. Ce rapport a en effet été rédigé sans nouvel examen clinique et sans nouvelle analyse détaillée de la situation médicale par un spécialiste des problèmes de dos, environ quatre ans après l'examen du Dr G. _____. En d'autres termes, il ne peut pas être d'emblée exclu qu'avec une atteinte à la santé durable depuis plusieurs années, une évolution se soit produite entraînant une diminution de la capacité de travail dans toute activité. Comme le dernier rapport du SMR laisse subsister un doute, il se justifie, conformément à la jurisprudence (ATF 135 V 465), de compléter l'instruction, par la mise en œuvre d'une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA. Il importe qu'un médecin spécialiste se prononce sur la capacité de travail actuelle vu les limitations fonctionnelles découlant de la pathologie du dos. Le recourant se plaint donc à bon droit d'une mauvaise appréciation de son état de santé et, implicitement, d'une violation des règles du droit fédéral sur l'appréciation des preuves médicales – ce qui a abouti à une constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (cf. art. 76 let. b LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Le recours doit donc être admis dans cette mesure. d) Il incombe en premier lieu à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires. Il se justifie donc d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'OAI, pour nouvelle décision après instruction complémentaire, au sens du considérant ci-dessus. En l'état du dossier, il n'est donc pas possible de statuer définitivement sur le droit à une demi-rente, comme le demande le recourant. Les conclusions en réforme sont donc mal fondées.

- 17 - 3. Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis, que la décision attaquée doit être annulée et que la cause doit être renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision. Le présent arrêt doit être rendu sans frais. Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat travaillant pour une organisation d'aide aux personnes handicapées, a droit à des dépens, à la charge de l'OAI.

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