

## **VD\_GERICHTE ZD11.022653 vom 11. September 2013**

VD Tribunal cantonal, 2013-09-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD11.022653](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.022653)

FR: VD\_GERICHTE ZD11.022653 du 11 septembre 2013

IT: VD\_GERICHTE ZD11.022653 del 11 settembre 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

En l'occurrence, l'OAI s'est derechef saisi du dossier ensuite du renvoi par la cour de céans dans son arrêt du 11 février 2010. Il convient d'assimiler ce renvoi à une nouvelle demande et d'examiner si l'état de santé du recourant s'est aggravé, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

#### **E. 4**

a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de

- 17 - preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3). b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance- invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

#### **E. 5**

a) Dans la décision querellée, l'OAI ne conteste pas l'apparition postérieure à la décision du 10 janvier 2008 d'une hernie discale. Toutefois, se fondant sur le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_

notamment, il considère que la capacité de travail du recourant reste entière dans une

- 18 - activité adaptée. Ainsi, selon l'OAI, la situation médicale actuelle est identique à celle qui prévalait à la date de la décision de refus de rente de janvier 2008. Le recourant soutient que les médecins du SMR n'ont retenu dans le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ que ce qui lui était défavorable. Il prétend qu'il est faux de n'imputer ses troubles actuels qu'au contexte psychosocial pour retenir qu'il ne présente pas d'invalidité. Il requiert l'annulation de la décision attaquée et le renvoi à l'OAI pour une expertise. Dans sa réponse, l'intimé se réfère notamment aux avis du SMR des 16 novembre 2010 et 31 mars 2011. b) aa) En préambule, il est le lieu de rappeler que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4). Il s'ensuit que l'IRM pratiquée le 26 février 2013 ainsi que le rapport médical du 1er mars 2013 des Drs L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ produits par le recourant ne peuvent être pris en considération dans le cadre du présent litige, attendu qu'ils ont été établis après la décision entreprise rendue le 18 mai 2011 et qu'ils se limitent à attester des faits médicaux ayant trait à une période largement postérieure à cette même décision. bb) A la lecture du dossier transmis, il est constant que le recourant souffre, depuis novembre 2007, d'une hernie discale L4-L5 (cf. rapport médical du 3 décembre 2007 du Dr C. \_\_\_\_\_ et certificat médical

- 19 - du 5 février 2008 du Dr E. \_\_\_\_\_) entraînant des lombosciatalgies aiguës à compter de décembre 2007 (cf. rapport médical du 23 juin 2008 du Dr D. \_\_\_\_\_). Puis lors d'une IRM du 8 mai 2008, cette hernie discale est observée en L5-S1 avec conflit radiculaire avec la racine L5 (cf. avis SMR du 16 novembre 2010 des Drs N. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_). Force est ainsi de retenir que les diagnostics de lombosciatique L5 gauche déficitaire (sur hernie discale L5-S1), de lombalgies chroniques sur discarthrose L2-L3, L5-S1 et de gonalgies gauches mécaniques sur status après ménisectomie interne et chondropathie du plateau tibial posés par le Dr C. \_\_\_\_\_ (cf. rapport médical du 28 juillet 2010), ne prêtent pas le flanc à la critique. Ces diagnostics se recoupant par ailleurs en grande partie avec ceux de hernie discale L4-L5 gauche, luxée vers le bas et refoulant la racine L5 (sept. 2007), de discarthrose L2-L3 et discopathie L5-S1 (2002), de douleurs lombaires chroniques (2002 accident), de gonalgies gauches/status après ménisectomie interne le 31.03.2003 et de chondropathie stade II du plateau tibial gauche retenus par le Dr Z. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 octobre 2010. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, le Dr C. \_\_\_\_\_ est pour sa part d'avis que si dans son ancienne activité de manœuvre l'assuré ne dispose plus d'aucune capacité de travail, dans l'exercice d'une activité adaptée, sa capacité résiduelle est néanmoins de 100 % pour autant que les mesures habituelles d'épargne rachidienne soient scrupuleusement respectées (cf. rapport médical du 28 juillet 2010). Quant au Dr Z. \_\_\_\_\_, il se limite à attester une incapacité de travail totale du recourant dans son ancienne profession (du 29 octobre 2002 au 31 décembre 2010), sans pour autant se prononcer sur la capacité de travail résiduelle en relation avec l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques de son patient

(cf. rapport médical du 21 octobre 2010). Partant, les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_ ne sont pas valablement remises en question par l'appréciation précitée du médecin traitant. Cela est d'autant plus vrai que dans son rapport, le Dr Z.\_\_\_\_\_ indique que le recourant se comporte "comme un invalide depuis 2002". Ces propos relatifs à la personnalité du recourant en lien avec son état de santé global et ses impacts sur sa capacité de

- 20 - travail sont en outre corroborés par plusieurs autres éléments au dossier; ainsi le Dr Q.\_\_\_\_\_ notait déjà, dans un courrier du 1er avril 2004, que sa situation socio-économique ne lui permettait certainement pas la reprise d'une activité économique. D'autre part le 5 décembre 2005, le Dr B.\_\_\_\_\_ décrivait le recourant comme étant un homme plaintif, démonstratif. Le 5 février 2008, le Dr E.\_\_\_\_\_ notait qu'une reprise de travail semblait exclue même dans l'hypothèse où le recourant se ferait opérer étant entendu que la symptomatologie chronifiée se trouvait en grande partie impliquée dans le cadre "du lourd contexte psychosocial et conflictuel asséculoologique" de l'intéressé. A l'aune de l'ensemble de ces constatations, on doit reconnaître que l'appréciation médicale du Dr C.\_\_\_\_\_ est bien fondée de sorte que postérieurement à l'aggravation de ses douleurs en septembre/novembre 2007, le recourant bénéficie encore d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les conclusions de la Dresse J.\_\_\_\_\_ du 20 juillet 2011 n'y changent rien. Ce médecin ne se prononce d'une part en aucun cas sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et d'autre part, indique expressément que seule la démonstration d'une aggravation de l'état de santé par rapport à 2006 permettrait une réouverture du dossier en se gardant toutefois de faire état d'une telle aggravation dans son rapport. c) Finalement, les avis médicaux SMR des 16 novembre 2010, respectivement 11 mars 2011, se fondent sur une étude complète et fouillée des pièces du dossier ainsi que sur une anamnèse rigoureuse. L'appréciation consensuelle du cas est cohérente et claire, tenant en particulier compte de la totalité des avis des médecins consultés. Ainsi, leurs constatations et conclusions s'avèrent-elles objectives, scientifiques et dûment motivées, de sorte qu'elles emportent pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée sous consid. 4 a-b supra. Il est par ailleurs ici le lieu de rappeler que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus

- 21 - modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C\_818/2008 du 18 juin 2009 consid. 2.2; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008). Ainsi la mise en œuvre par la présente Cour d'une nouvelle expertise, telle qu'évoquée par le recourant dans sa duplique, n'est pas nécessaire pour statuer. En se fondant sur l'ensemble des rapports médicaux au dossier, et en particulier les avis médicaux du SMR, la Cour de céans constate que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec les mesures habituelles d'épargne rachidienne (soit en l'occurrence: alternance des positions assis/debout, pas de marches en terrain irrégulier [maximum 30 min.], pas d'activités penché, avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, avec rotations en position assis/debout, pas de soulèvements/ports de charges, pas de montées d'échelles/d'échafaudages, pas de montée d'escaliers). L'aggravation de l'état de santé du recourant à compter de septembre/novembre 2007 n'est en définitive pas de nature à influencer son degré d'invalidité, et donc le droit à la rente (par analogie avec l'art. 17 LPGA [cf. consid. 2c in fine supra]) en regard de la

situation médicale qui était la sienne en 2006 et qui a donné lieu à la décision sur opposition de refus du 10 janvier 2008.

## **E. 6**

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. a) 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 assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais, fixés à 400 fr., resteront provisoirement à la charge de l'Etat. b) De même, le bénéfice de l'assistance judiciaire conduit à allouer une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour

- 22 - la procédure, également supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Laurent Gilliard, conseil du recourant, a produit une liste des opérations, le 24 juin 2013. Il fait état de 08h30 de travail et de débours pour un montant de 22 fr. 20. Me Laurent Gilliard a droit à une indemnité de 1'652 fr. 40 TVA comprise, comprenant la rémunération du travail nécessaire à la défense des intérêts du recourant au tarif horaire de 180 fr. prévu par l'art. 2 al. 1 let. a du Règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile, du 7 décembre 2010 (RAJ, RSV 211.02.3), applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD. Les débours sont justifiés et doivent être arrêtés à 24 fr. TVA comprise. Ainsi, au total, l'indemnité du conseil d'office doit être arrêtée à 1'676 fr. 40 TVA comprise. c) La partie qui a obtenu l'assistance judiciaire reste tenue à remboursement dès qu'elle sera 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 ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

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