

VD_GERICHTE ZD13.040376 vom 27. April 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.040376

FR: VD_GERICHTE ZD13.040376 du 27 avril 2015

IT: VD_GERICHTE ZD13.040376 del 27 aprile 2015

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

- 35 - Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

E. 2

Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la demande déposée en août 2009, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier au recourant le droit à une rente d'invalidité.

E. 3

L'invalidité se définit comme 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 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 se définit 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 (art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

- 36 - raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). 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 (art. 16 LPGA).

E. 4

a) 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 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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. 2c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants

- 37 - 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 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 ; TF 9C_1023 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin

indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). b) Selon l'art. 43 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 (al. 1). 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 (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du

- 38 - 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. Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que 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 œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 108). 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. 3.2). Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG- Kommentar, 2e éd., Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, 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 (ATF

- 39 - 137 V 201, 122 V 157 consid. 1d ; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560). 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 no 22. 170, consid. 2). 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, 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 ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose que 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).

E. 5

a) En l'espèce, sur le plan rhumatologique, le Dr P. _____ estime l'incapacité de travail entière dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée. Il explique que les douleurs lombaires actuelles relèvent d'un phénomène complexe, les examens radiologiques ayant montré plusieurs discopathies ainsi que des phénomènes dégénératifs interfaccettaires qui pouvaient expliquer des symptômes douloureux, de même que l'état cicatriciel post-opératoire et la fibrose autour de la racine S1. Le processus de chronification qui accompagne toute douleur prolongée étant probablement le plus important, cela entraîne selon ce praticien un tableau complexe, associant un syndrome vertébral douloureux ainsi que des signes de non organicité mais sans évidence de maladie psychique. Pour envisager une activité professionnelle, il estime qu'il faudrait en fait que le recourant change souvent de position (alternance de stations debout ou assises), qu'il puisse faire de petites

- 40 - marches, qu'il évite les inclinaisons du dos et les positions instables, qu'il ne porte pas de charge au dessus de 10 kg, et que même un tel poste ne permettrait cependant pas au recourant de garder un bon rendement en cas d'une douleur aiguë, qui nécessiterait de se coucher de temps en temps. Dans cette appréciation, le Dr P. _____ n'a pas tenu compte de la formation du recourant ni de sa maîtrise du français limitée ; il n'a mentionné ces circonstances qu'à l'appui de sa remarque selon laquelle il imaginait mal le recourant suivre un processus de reclassement pour obtenir un poste spécialisé de type surveillance ou gestion, tout en réservant d'ailleurs l'avis de l'OAI auprès duquel il suggérait de s'enquérir pour savoir s'il y avait un projet d'entamer une réadaptation professionnelle. Le Dr T. _____ estime également que le recourant ne peut plus travailler dans sa profession habituelle. En revanche, il estime le recourant capable de travailler à 100%, avec un rendement réduit de 20%, dans une activité adaptée. Il explique qu'il existe une discordance importante entre les allégations du recourant, son comportement algique marqué, et les constatations radio-cliniques objectivables en postopératoire. Il n'a pas constaté de syndrome rachidien ni de sciatalgie irritative. Alors que l'IRM de mars 2010 évoquait une possible irritation de la racine S1, il observe que l'anamnèse et l'examen clinique ne permettent pas de le confirmer. Comme limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique, il exclut les mouvements répétés de flexion/extension du tronc, l'attitude en porte-à-faux, le port de charges répété de plus de

E. 10

minutes montrée lors de l'examen du 26 novembre 2010 n'était, à son avis, pas cohérente avec l'examen clinique ni avec les examens complémentaires. Ces deux rapports font état des plaintes du recourant, comportent une anamnèse et relèvent d'un examen approfondi du cas, leurs conclusions se fondant tant sur l'examen clinique de l'intéressé que

- 41 - sur son dossier. Aucun de ces avis ne l'emporte clairement sur l'autre, de sorte qu'il n'est pas possible à la Cour de céans de statuer en l'état. b) En ce qui concerne les vertiges dont est atteint le recourant, il résulte du dossier que si lors des examens précités, ils n'étaient pas considérés comme invalidants, ceux-ci se sont aggravés par la suite. Ainsi il

résulte d'un courriel de l'Orif que le 20 août 2012, le recourant, pris d'un vertige, est tombé et a été hospitalisé. Dans son rapport du même jour, le Dr W. _____ a indiqué que les vertiges étaient en augmentation. Le Dr K. _____ a posé le 24 juillet 2013 les diagnostics de déficit vestibulaire séquentiel gauche ou sur une probable maladie de Ménière, et de spasmes de convergence et titubation exagérée d'origine possiblement fonctionnelle. Il a constaté une évolution favorable des vertiges sur 24 heures, mais qu'à la sortie, il restait une instabilité, le recourant ayant besoin de prendre appui sur les murs ou sur les chaises pour marcher. Il ajoute qu'il n'y a pas eu d'arrêt de travail donné, le recourant ayant dit être en arrêt depuis de longue date. Le Dr U. _____ a estimé que compte tenu de ces troubles et des problèmes rhumatologiques, le recourant était en incapacité totale de travail alors que le Dr H. _____ est d'avis qu'il s'agit de plaintes relatives à des troubles fonctionnels dont les causes ne relèvent pas de la sphère médicale et donc pas d'une atteinte à la santé au sens de la LAI. Force est de constater l'absence d'instruction complémentaire de l'OAI s'agissant de ces troubles. Compte tenu des avis incomplets, voire contradictoires des médecins, il n'est pas non plus possible à la Cour de céans de statuer sur cette question. c) Au vu de ce qui précède, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il mette en oeuvre une expertise pluridisciplinaire (cf. art. 44 LPGA).

- 42 - d) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments et réquisitions du recourant. 6. a) En conclusion, le recours déposé le 19 septembre 2013 par G. _____ doit être admis et la décision du 15 août 2013 annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur l'éventuel droit aux prestations du recourant. 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 assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté. c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de 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 ; cf. également art. 7 TFIJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, 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.