

VD_GERICHTE ZD13.049760 vom 30. Juni 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.049760

FR: VD_GERICHTE ZD13.049760 du 30 juin 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.049760 del 30 giugno 2014

Erwägungen

E. 23

janvier 2007 consid. 6 et les références citées). En procédure de recours, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas – et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure – d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation (cf. TF I 906/05 précité consid. 6). 5. Aux termes de la décision litigieuse, l'OAI a retenu que l'assuré avait refusé de collaborer à l'instruction, que la cause devait dès lors être tranchée en l'état, conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA, et que le droit à la rente n'était dans ces circonstances pas ouvert. a) Il est constant que lorsqu'elle a statué par arrêt du 21 décembre 2012, la Cour des assurances sociales a retenu que l'assuré ne présentait pas de troubles neurologiques ou de mémoire invalidants mais que le dossier était en revanche lacunaire sur le plan rhumatologique, raison pour laquelle elle a renvoyé la cause à l'OAI pour que celui-ci en

- 30 - complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique. Il ne saurait être question de revenir sur les considérants de cet arrêt. On relèvera plus particulièrement que d'après un principe applicable dans la procédure administrative en général, lorsqu'une autorité de recours statue, explicitement ou implicitement, par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. L'autorité inférieure voit donc sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (cf. TF 9C_340/2013 du 25 juin 2013 consid. 3.1). Il suit de là que, dans le cas d'espèce, l'intimé était tenu de se conformer à l'arrêt de renvoi du 21 décembre 2012. Dans le cadre de la procédure devant l'intimé suite à

l'arrêt cantonal précité, le recourant a produit trois rapports médicaux certes antérieurs à cet arrêt mais qu'il n'avait pas produits jusqu'alors. A suivre l'assuré, ces rapports – émanant des Drs I._____ (27 avril 2012), U._____ (11 septembre 2012) et Y._____ (18 septembre 2012), tous trois médecins somaticiens consultés par l'intéressé en raison de ses lombosciatalgies – seraient suffisants pour statuer sur la présente affaire et rendraient inutile l'expertise rhumatologique ordonnée par la Cour des assurances sociales. Cette thèse s'avère toutefois erronée. En effet, ni le Dr I._____, ni le Dr U._____ ne se sont prononcés sur la capacité de travail du recourant dans leurs rapports respectifs des 27 avril et 11 septembre 2012. A cela s'ajoute que ces médecins ont exprimé des avis contradictoires puisque le premier a évoqué des dysfonctions de l'articulation sacro-iliaque gauche (cf. rapport du Dr I._____ du 27 avril 2012 p. 1) alors même que le second n'a pas noté de signes d'une dysfonction des sacro-iliaques (cf. rapport du Dr U._____ du 11 septembre 2012 p. 1). Quant au Dr Y._____, il s'est limité à relever succinctement dans son rapport du 18 septembre 2012 (p. 2) que les

- 31 - activités physiques n'étaient plus exigibles mais que l'on pouvait toujours envisager la reprise d'activités intellectuelles, sans autre précision ni réelle évaluation de la capacité résiduelle de travail du recourant. Il s'ensuit que les avis médicaux produits par l'assuré dans le cadre de la procédure administrative postérieure à l'arrêt cantonal du 21 décembre 2012 ne permettent pas d'appréhender clairement la situation sous l'angle rhumatologique. Faute d'appréciation médicale claire et circonstanciée susceptible de se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3b supra), ces rapports ne pouvaient dès lors se substituer à l'expertise rhumatologique ordonnée aux termes de l'arrêt susdit. Force est dès lors de constater qu'une telle expertise était inévitable pour établir un éventuel droit aux prestations du recourant et que c'est donc à tort que ce dernier a soutenu le contraire. Quant au fait que l'intéressé ait – selon ses dires – mal vécu l'expertise neurologique réalisée par le Dr X._____ en 2011, on ne voit pas en quoi cette expérience passée pouvait justifier dans quelle que mesure que ce soit le refus de l'assuré de collaborer à une expertise rhumatologique réalisée par un nouveau médecin, à savoir la Dresse E._____. Partant, il apparaît que c'est de manière inexcusable que l'assuré s'est opposé à l'expertise rhumatologique que l'OAI a cherché à mettre en œuvre suite à l'arrêt de renvoi du 21 décembre 2012. A cela s'ajoute que la procédure suivie par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique. A cet égard, on relèvera que l'OAI s'est adressé à l'assuré dès le mois de mars 2013 pour l'informer de la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique. Face aux réticences de ce dernier, il lui a ensuite écrit le 4 avril 2013 pour lui expliquer la nécessité d'une telle expertise. L'intéressé ayant malgré tout continué à refuser de se soumettre à cette mesure, même après avoir été convoqué le 13 mai 2013 par le Bureau L._____ en vue d'une consultation avec la Dresse E._____ pour le 28 mai suivant, l'OAI lui a finalement adressé une sommation le 21 mai 2013, l'enjoignant de se présenter au rendez-vous du 28 mai 2013, faute de quoi il serait statué en l'état du dossier – sommation dont l'assuré a accusé réception le 25 mai 2013, sans pour autant changer sa position. Cela étant, il y a lieu de considérer que les exigences formelles découlant de l'art. 43 al. 3 LPGA ont été respectées

- 32 - en l'espèce, le recourant ayant fait l'objet d'une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques de son refus d'obtempérer et comportant un délai de réflexion convenable au vu de l'ensemble des circonstances du cas particulier. En définitive, on retiendra donc que l'intimé était justifié à clore la phase d'instruction et à statuer en

fonction des pièces du dossier, en application de l'art. 43 al. 3 LPGA, compte tenu du refus du recourant de se soumettre à l'expertise rhumatologique précédemment ordonnée par la juridiction cantonale. b) Procédant à l'appréciation du cas sur la base des pièces au dossier, l'OAI a retenu que quand bien même le recourant n'était plus à même d'exercer ses activités habituelles de directeur de cabaret ou de peintre en bâtiment, il conservait néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. A cet égard, il ressort de l'arrêt cantonal du 21 décembre 2012 – dont les considérants n'ont pas à être discutés dans le cadre de la présente affaire (cf. TF 9C_340/2013 précité) – que l'assuré ne présente pas de troubles neurologiques ou de la mémoire susceptibles d'entamer sa capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, l'étude du dossier montre que le Dr R._____ a évoqué une capacité de travail de 80% environ dans l'activité manuelle du recourant, que le Dr J._____ a quant à lui nié toute incapacité de travail de longue durée, que les Drs I._____ et U._____ n'ont pour leur part pas examiné l'exigibilité d'une occupation professionnelle et qu'enfin le Dr Y._____ a signalé que seules les activités physiques n'étaient plus envisageables. En définitive, même si les médecins précités ne sont pas unanimes quant à l'évaluation de la capacité de travail dans les activités habituelles du recourant, ni même quant à une incapacité de travail minimum (le Dr J._____ ayant notamment nié toute incapacité de travail de longue durée), il reste qu'aucun avis médical n'a fait état de manière catégorique d'une capacité de travail limitée dans une activité adaptée. En ce sens, il y a lieu de considérer que l'appréciation de l'OAI n'est pas contestable dans son résultat.

- 33 - Pour le surplus, le recourant ne soulève aucun grief concernant le calcul du préjudice économique, considéré comme nul par l'office intimé compte tenu d'un gain de valide de 54'776 fr. 80 et d'un revenu d'invalidé de 55'247 fr 08. Vérifié d'office, le revenu sans invalidité échappe à la critique. S'agissant du revenu avec invalidité, le raisonnement de l'OAI s'avère correct à cela près que l'intimé a considéré que le salaire mensuel tiré des données statistiques de l'ESS devait être rapporté à une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures en 2008, alors même que cette durée était en réalité de 41,6 heures (cf. La Vie économique 6-2010, tableau B9.2, p. 94). Cette méprise n'est toutefois pas déterminante pour l'issue du litige dès lors qu'après correction, le revenu d'invalidé s'élève à 55'114 fr. 59 ($[4'806 \text{ fr.} \times 41,6 : 40] \times 12 \text{ mois} + 2,10\% \text{ d'adaptation à l'évolution des salaires de 2008 à 2009} - 10\% \text{ d'abattement} = 55'114 \text{ fr.} 59$) et demeure supérieur au gain de valide de 54'776 fr. 80, de sorte qu'aucun préjudice économique ne peut être retenu. Cela étant, l'OAI était par conséquent fondé à dénier le droit du recourant à une rente d'invalidité. 6. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause et n'étant pas représenté par un mandataire (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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