

VD_GERICHTE ZD15.005089 vom 2. Mai 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-05-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.005089

FR: VD_GERICHTE ZD15.005089 du 2 mai 2016

IT: VD_GERICHTE ZD15.005089 del 2 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

a) 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'AI (cf. art. 1 LAI). 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'AI – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

E. 2

a) 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 ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

- 20 - des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) Est litigieux en l'espèce le point de savoir si l'intimé était fondé à nier le droit à la réadaptation et à la rente du recourant par décision du 14 janvier 2015, compte tenu du fait que, par son comportement, l'intéressé s'opposait à une mesure de reclassement professionnel.

E. 3

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; art. 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 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 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). Aux termes de l'article 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

- 21 - raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'article 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, à qui il appartient de prendre les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde 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 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 et 105 V 156 consid. 1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

- 22 - opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, 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 confidents 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 précité consid. 3b/cc; TF 9C_616/2007 du 8 septembre 2008 consid. 2). Quant aux rapports des médecins des assureurs et notamment du SMR, ceux-ci peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont dûment motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 précité consid. 3b/ee ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Il est toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe doit être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Il en va de même en cas de simple doute sur la fiabilité ou pertinence des constatations des médecins internes à l'assureur (ATF 135 V 465 précité consid. 4.4 : "Bestehen auch nur geringe Zweifel [...]").

- 23 -

E. 4

Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Selon cette disposition toujours, une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. D'après la jurisprudence, cette procédure est un préalable impératif avant tout refus de prestations en application de l'art. 21 al. 4 LPGA (SVR 2005 IV no 30 p. 113). Il doit, d'autre part, exister un lien de causalité entre le comportement reproché et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance (voir Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, note 75 ad art. 21). En vertu de l'art. 7b al. 1 LAI, si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 de cette même loi (de même qu'à celles découlant de l'art. 43 al. 2 LPGA), les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude réticente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (cf. ATF 134 V 189 consid. 2.3; TF 8C_525/2009 du 18 mai 2010 consid. 3.2.1; TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1; TFA I 605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Cette procédure est un préalable impératif avant tout refus ou suppression de prestations (cf. Valterio, op. cit., n° 1273 p. 353 et les références citées; cf. dans le même sens Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 2ème éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 89 ad art. 21 LPGA, p. 298). L'art. 7a LAI introduit lors de la 5e révision de l'AI formule le principe selon lequel toute mesure servant à la réadaptation

- 24 - de l'assuré est raisonnablement exigible à l'exception de celles qui ne sont pas adaptées à son état de santé. En effet, les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

E. 5

Le recourant fait valoir que c'est en raison d'une aggravation de son état de santé (douleurs) qu'il n'a pu poursuivre la mesure de réadaptation et donner suite à la sommation. Il se réfère sur ce point aux rapports médicaux de son médecin traitant qui le déclarent en incapacité totale de travail depuis le 1er mars 2013. Il fait grief à l'intimé de se référer à l'expertise rhumatologique du Dr N. _____, qui date de 2011, qui est "obsolète" selon lui et de n'avoir procédé à aucun examen médical avant de rendre la décision contestée. a)

Contrairement à ce que prétend le recourant, l'expertise rhumatologique du Dr N. _____ du 30 mai 2011 garde toute son actualité pour déterminer la capacité de travail de l'assuré et le caractère raisonnablement exigible d'une mesure de réadaptation professionnelle. En effet, cette expertise retenait déjà comme diagnostics des lombalgies chroniques spécifiques et une obésité de classe II, faisait état des plaintes de l'assuré quant aux douleurs ressenties et concluait que, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 15 kg ni de position de porte-à-faux, nécessité de pouvoir alterner les positions toutes les 30 minutes entre la position assise et debout), la capacité de travail était de 100% depuis le mois de novembre 2010. Par ailleurs, le Dr N. _____ estimait que l'assuré était tout à fait en mesure de suivre des mesures de réadaptation professionnelle. Par ailleurs, l'expertise rhumatologique répond en tous points aux critères fixés par la jurisprudence pour lui reconnaître valeur probante, en ce sens que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend en considération les plaintes du recourant, a été établi en pleine connaissance du dossier, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont dûment motivées. La Cour de céans fait siennes ces

- 25 - dernières. Au surplus, il convient de relever que les rapports médicaux du Dr I. _____, notamment ceux des 7 mars 2013 et 3 février 2014, qui concluent à une incapacité totale de travail de l'assuré en raison d'épisodes douloureux itératifs dans le contexte d'un déconditionnement musculaire et d'une obésité morbide, n'apportent aucun élément médical nouveau susceptible de remettre en question l'appréciation médicale du Dr N. _____ d'une part et ne reposent sur aucun facteur objectif mais uniquement sur les dires du recourant. Cela étant, le grief du recourant est infondé. b) En ce qui concerne la question de savoir si l'intimé était légitimé à lui refuser le droit à des prestations d'invalidité, il faut relever tout d'abord, comme on l'a vu au considérant 5a ci-dessus qu'il présente une capacité de travail complète depuis novembre 2010 dans une activité adaptée. La mesure de réadaptation professionnelle mise en place par l'intimé, à savoir une formation d'employé de commerce auprès de l'Orif, est par ailleurs approprié à l'état de santé du recourant puisqu'elle respecte les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport d'expertise du Dr N. _____ (pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de position de porte-à-faux, la possibilité de changer de position de la position assise à la position debout toutes les 30 minutes). Il n'est pas inutile de rappeler que dite mesure avait été suspendue pour permettre à l'assuré de subir une intervention chirurgicale (bypass gastrique). Cette opération n'a pas eu lieu. Mais, le J. _____ a indiqué que l'assuré, qui avait perdu du poids, pouvait reprendre sa formation, aucune intervention n'était prévue (note téléphonique du 24 juillet 2014 selon laquelle l'assuré lui-même a informé l'OAI que la doctoresse en charge de son cas était d'avis qu'il n'y avait pas de soucis pour qu'il entreprenne son "stage", aucune opération n'étant envisagée en l'état). Le reclassement du recourant en tant qu'employé de commerce aurait permis de diminuer le dommage causé à l'assurance- invalidité. A la suite

d'un avis SMR du 24 juillet 2014, il était prévu que la reprise de la formation se fasse en douceur, à raison d'un 50 % les trois premiers mois. Il ressort d'une note téléphonique du 14 août 2014 que l'assuré s'est montré surpris que la reprise de la formation soit prévue pour le lundi suivant, exposant en outre qu'il avait des cours au J. _____

- 26 - concernant son problème de poids. D. _____ explique qu'il a senti l'assuré moins motivé que lors de leur entretien du 16 juillet précédent. Le 18 août 2014, le recourant a indiqué ne plus se sentir capable de suivre sa formation après deux heures de stage et a fourni une attestation médicale d'arrêt jusqu'au 30 septembre 2014. Le 20 août 2014, le recourant a été sommé de reprendre sa formation au plus tard le 1er septembre 2014 et de collaborer pleinement tout au long de celle-ci. Le recourant n'a pas donné suite à cette sommation. Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que l'OAI était en droit de mettre fin à la mesure de réorientation et de déterminer le degré d'invalidité, soit la perte économique par la méthode théorique. La Cour de céans fait siens les motifs indiqués dans la lettre de sommation du 20 août 2014. En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité auquel l'intimé a procédé, il suffit de constater qu'il est correct et peut ainsi être confirmé. Cela étant, le recourant n'a droit à aucune rente d'invalidité.

E. 6

Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 14 janvier 2015 confirmée. a) 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). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). b) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge

- 27 - du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (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.