

VD_GERICHTE ZD15.018000 vom 22. Januar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.018000

FR: VD_GERICHTE ZD15.018000 du 22 janvier 2016

IT: VD_GERICHTE ZD15.018000 del 22 gennaio 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre

- 10 - 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 et 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA) devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA). 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (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 des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) 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 qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b). c) Le litige porte en l'espèce sur le droit éventuel de l'assuré à une rente d'invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de

- 11 - travail compte tenu des faits intervenus jusqu'au 16 mars 2015, date à laquelle la décision attaquée a été rendue. Comme l'indique à juste titre l'OAI, il n'y a pas lieu de tenir compte dans le cadre du présent litige d'une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant postérieurement à la décision attaquée. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu de tenir compte dans le cadre de la présente procédure du certificat médical du Dr L. _____ du 22 mai 2015 faisant état d'une aggravation de l'état de santé du recourant qui serait

intervenue en avril 2015. Pour le surplus, on relèvera que, de toute manière, ce certificat médical est des plus succincts puisqu'il n'expose pas, même de manière sommaire, en quoi l'état de santé du recourant se serait aggravé ni si et quelles limitations fonctionnelles nouvelles seraient à constater. Quoi qu'il en soit, il appartient cas échéant au recourant de présenter une nouvelle demande à l'OAI répondant aux exigences de l'art. 87 al. 3 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) s'il entend faire valoir une aggravation de son état de santé postérieure à la décision attaquée.

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 (cf. 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 (cf. art. 7 al. 1 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

- 12 - 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 (cf. art. 28 al. 1 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 (cf. art. 16 LPGA). b) 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF [Tribunal fédéral] 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 exigée de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). c) 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical,

que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

- 13 - 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465). Quant aux rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; cf. TF 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1).

E. 4

En l'espèce, il est constant que le recourant souffre de lombo- sciatalgies en relation avec une radiculopathie L5 gauche déficitaire et un canal lombaire étroit en L3-L4, avec hernie discale paramédiane homolatérale. Le recourant ne met d'ailleurs pas en cause le diagnostic posé par les médecins de sorte qu'il y a lieu de s'y tenir. De manière sommaire, le recourant fait grief à l'OAI et en particulier aux expertises médicales sur lesquelles la décision attaquée se fonde de ne pas avoir suffisamment pris en compte ses douleurs. Il ressort au contraire des rapports médicaux que ceux-ci, conformément à la jurisprudence citée plus haut, ont pris en considération les plaintes du recourant, notamment s'agissant de ses douleurs au dos. Ainsi, le Dr Z. _____ fait état de la « persistance de lombalgies à prédominance

- 14 - gauche quotidiennes, diurnes et nocturnes, fluctuantes en intensité associées à une irradiation douloureuse au membre inférieur gauche selon un trajet touchant la fesse, la face latérale de la cuisse et du mollet pour se terminer sur le dos du pied gauche » (rapport d'expertise, p. 6), ainsi que des fréquents réveils nocturnes et des douleurs à la marche. Quant à lui, le Dr H. _____ a pris en compte le fait que le recourant se plaignait « d'une parésie motrice relativement sévère des releveurs du pied, des orteils, de la jambe droite et du quadriceps » ainsi que de « douleurs lombaires avec des contractures paravertébrales lombaires à gauche » (rapport d'expertise, p. 18). Ce praticien note également que le sommeil est « parfois altéré par une récurrence douloureuse nocturne, par exemple lors d'un retournement un peu brutal » (rapport d'expertise, p. 22). En outre, on relèvera que le Dr H. _____ considère que la douleur est « plutôt au second plan, par rapport à la perte fonctionnelle sévère qui domine le tableau clinique » (p. 23). Comme l'a exposé à juste titre l'intimé, les deux spécialistes que sont le Dr Z. _____ et le Dr H. _____ étaient ainsi à même chacun dans leur domaine de fournir une explication exhaustive des pathologies du recourant et de leur impact sur la capacité de travail. On ne saurait donc considérer que les experts n'ont pas tenu compte des douleurs ressenties par le recourant. Il apparaît au contraire que chacun des experts a pris en compte les plaintes du recourant dans son appréciation médicale. Le recourant estime que les douleurs qu'il ressent l'empêchent

d'avoir une capacité de travail y compris dans une activité adaptée. Toutefois, aucun de ces praticiens n'a estimé que le tableau clinique était de nature à réduire la capacité de travail du recourant ou son rendement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au contraire, les deux médecins précités sont arrivés à la conclusion que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée à ses limites fonctionnelles. Quant à l'attestation du Dr L. _____ du 22 mai 2015 faisant état d'une incapacité de travail totale du recourant « pour tous types d'activités », elle ne paraît concerner que la période subséquente à la décision attaquée, ce qui la rend sans pertinence pour trancher le présent litige.

- 15 - Pour le surplus, force est de constater que les conclusions du Dr Z. _____ emportent la conviction dans la mesure où elles se fondent sur une expertise remplissant les conditions posées par la jurisprudence précitée. En outre, les conclusions de l'expert rhumatologue mis en œuvre par l'OAI se recourent largement, en particulier sur la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, avec celles de l'expert neurologue qui avait été mandaté par l'assureur perte de gain. Il n'existe pour le surplus aucune contradiction apparente entre les constatations médicales si bien qu'il convient d'accorder une pleine valeur probante à ces expertises. S'agissant de la détermination du taux d'invalidité, le recourant n'a pas contesté le calcul auquel l'intimé a procédé. Le revenu sans invalidité est fondé sur les données fournies par l'employeur. Quant au revenu avec invalidité, il a été arrêté sur la base de l'ESS 2010 (activités sans qualification dans le domaine de l'industrie légère), indexé en 2012, avec un abattement de 10%. On relèvera à toutes fins utiles que même un abattement de 25%, taux maximum admis par la jurisprudence (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc), n'aurait pas été propre à ouvrir le droit à la rente (68'250 fr. ./ 46'815 fr. [62'420 fr. 02 ./ 25 %]) = 21'435 fr., soit un degré d'invalidité de 31,40%.

E. 5

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise, que celle-ci porte sur les douleurs ou soit à caractère neurologique et rhumatologique. La requête en ce sens du recourant doit ainsi être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1). Par ailleurs, comme exposé, aucun document médical au dossier ne remet en doute

- 16 - l'appréciation du Dr H. _____ confirmée par celle du Dr Z. _____, étant précisé qu'elles ont toutes deux pleine valeur probante (ATF 135 V 465).

E. 6

a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et 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 (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGa). Le recourant a en outre obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me François Pidoux (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Bien qu'invité à produire la liste

- 17 - détaillée de ses opérations et de ses débours, Me Pidoux n'a pas procédé. Il convient par conséquent de fixer équitablement le défraiement qui lui est dû sur la base d'une estimation des opérations nécessaires pour la conduite du procès (art. 3 al. 2 RAJ, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1 consid. 3a). Il s'ensuit que l'indemnité d'office de Me François Pidoux, conseil d'office du recourant selon décision du 24 août 2015 du précédent magistrat instructeur, est arrêtée à 1'280 fr., débours par 100 fr. (art. 3 al. 3 RAJ, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) et TVA en sus, soit un montant total arrondi de 1'500 fr. pour l'ensemble de son activité déployée dans la présente cause.

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